

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Andrea Košanová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Andrea Košanová

**Sociální exkluze drogově závislých na Benešovsku
a strategie jejího překonávání**

Social exclusion of drug addicts in the Benešov region
and the strategies of dealing with it

Praha 2011

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Šťastná

Ráda bych poděkovala PhDr. Jaroslavě Šťastné za její odborné vedení od počátku do konce a zkušené rady a připomínky, zejména při práci na praktické části této bakalářské práce.

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Neveklově dne 28. 12. 2011

.....

Andrea Košanová

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Bakalářská práce pojednává o problematice sociálního vyloučení problémových uživatelů drog a strategiích, které by mohly vést k překonání exkluze.

Teoretická část se zaměřuje zejména na metodu terénní práce s uživateli drog, jakožto formu sociální práce, která je při kontaktu s touto cílovou skupinou praktikována. Popsána je charakteristika drogově závislého člověka, jeho role a možné důvody společenského vyčlenění. Text konkretizuje streetwork, coby odbornou pomoc, která bývá těmto lidem nejbližší a podrobně poukazuje na její sociálně preventivní aspekty.

Praktická část práce obsahuje výstupy z terénního výzkumu sociální exkluze, který mapuje tento sociální jev na komunitní úrovni. Zároveň navrhuje praktická, konkrétní řešení, která by mohla vést k začlenění těchto osob a skupin do společnosti. Shrnuty jsou zde názory samotných uživatelů služeb, občanů a odborníků z praxe.

Bachelor thesis deals with the issue of social exclusion problem drug users and strategies that could lead to overcoming exclusion.

The theoretical part focuses on the method of outreach work with drug users as a form of social work that is in contact with this target group practiced. There are described the characteristics of a drug addict, his role and the possible reasons for social exclusion. The text specifies the Streetwork, as the professional help that is closest to these people in detail and points to its socially preventive aspects.

The practical part of the work includes field research outputs from social exclusion, which maps the social phenomenon at the community level. It also proposes apractical, concrete solutions that could lead to the inclusion of these persons and groups in society. Summarized here are the views of service users themselves, citizens and practitioners.

Klíčová slova: sociální exkluze, drogově závislí, terénní práce/streetwork

Key words: social exclusion, drug addicts people, streetwork

OBSAH

ÚVOD.....	- 11 -
HLAVNÍ – TEORETICKÁ ČÁST	- 11 -
1. CÍLOVÁ SKUPINA	- 11 -
1.1 Charakteristika problémového uživatele drog	- 11 -
1.2 Osobnost závislého člověka	- 11 -
1.3 Kvantitativní údaje	- 12 -
1.3.1 Počet problémových uživatelů drog	- 12 -
1.3.2 Věk problémových uživatelů drog	- 13 -
1.4 Nejčastější problémy uživatelů drog	- 13 -
2. SOCIALIZACE ZÁVISLÉHO ČLOVĚKA.....	- 14 -
2.1 Role a status závislého ve společnosti	- 14 -
2.2 Důsledky užívání drog	- 15 -
3. SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ	- 16 -
3.1 Exkluze a inkluze	- 16 -
3.2 Chudoba	- 17 -
4. TERÉNNÍ PRÁCE – STREETWORK.....	- 18 -
4.1 Specifika terénní práce s uživateli drog	- 19 -
4.2 Principy terénní práce	- 20 -
4.3 Harm reduction a Public health	- 20 -
4.4 Rozdělení terénní práce do oblastí	- 22 -
5. TERÉNNÍ PRACOVNÍK – STREETWORKER	- 23 -
5.1 Úrovně činností terénního pracovníka	- 23 -
5.2 Kvalifikace terénního sociálního pracovníka.....	- 24 -
6. KONTAKT S KLIENTEM	- 25 -
6.1 Vztah klient - streetworker.....	- 25 -
6. 2 Předléčebné poradenství a motivační rozhovory	- 27 -
6.3 Názory pracovníků z oboru	- 29 -
7. SOCIÁLNÍ SLUŽBY V TERÉNNÍ PRÁCI	- 31 -
7.1 Poradenství.....	- 31 -
7.1.1 Sociální poradenství	- 31 -
7.1.2 Odborné sociální poradenství.....	- 32 -
7.1.3 Sociálně právní poradenství	- 32 -

7.2 Asistence	- 33 -
8. RESOCIALIZACE ZÁVISLÉHO.....	- 34 -
8.1 Sociální reintegrace a síť služeb.....	- 35 -
8.1.1 Navazující léčebná zařízení.....	- 36 -
8.1.2 Detoxikace, detoxifikace, detox	- 37 -
8.1.3 Léčebné programy.....	- 37 -
8.1.5 Sociální rehabilitace	- 38 -
8.2 Slovem ke shrnutí teoretické části.....	- 39 -
9. VÝZKUM SOCIÁLNÍ EXKLUZE NA MÍSTNÍ ÚROVNI A STRATEGIE JEJICH PŘEKONÁVÁNÍ.....	- 40 -
9.1 Účel výzkumu a počáteční otázky.....	- 41 -
9.2 Hlavní výzkumné cíle pilotáže.....	- 41 -
9.3 Metodologie	- 42 -
9.3.1 Metody získávání dat, informací.....	- 42 -
9.3.2 Identifikace jednotky výzkumu, místa výzkumu	- 42 -
9.4 Charakteristika marginalizované skupiny na Benešovsku	- 43 -
9.5 Instituce veřejné správy.....	- 44 -
9.6 Občanská společnost a její organizace	- 44 -
9.7 Hlavní výzkumné otázky.....	- 45 -
9.7.1 Výstupy z výzkumu dle jednotlivých úrovní sociálního vyloučení	- 47 -
9.8 Zobecnění a shrnutí výzkumu	- 51 -
9.9 Výstupy a shrnutí studie.....	- 51 -
ZÁVĚR	- 11 -
Použitá literatura	- 11 -
Přílohy.....	- 56 -

SEZNAM ZKRATEK

AT poradna – alkoholicko-toxikologická poradna

CV – z lat. Curriculum vitae - životopis

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost

HEP – virová hepatitida (žloutenka)

HIV - z angl. Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti

HR – Harm reduction (princip snižování škod)

I. V. – **intravenózní** = nitrožilní (užívání drog)

K-centrum – kontaktní centrum

LSD – diethylamid kyseliny lysergové je polosyntetická psychedelická droga

NZDM – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

O.P.S. – obecně prospěšná společnost

PMS – probační a mediační služba

PUD – problémový uživatel drog

THC - Tetrahydrocannabinol - je hlavní psychoaktivní látkou nacházející se především v květenství konopí setého Cannabis sativa

TP – terénní programy

X.T.P. – externí terénní pracovník

ÚVOD

Téma bakalářské práce je zaměřeno na jev sociálního vyloučení, který se týká cílové skupiny uživatelů drog. Východiskem práce je komplexně pojmout toto téma a sepsat základy, na kterých stojí praxe v této problematice.

Obsahem je identifikovat fenomén sociální exkluze, konkrétně pak drogově závislých na Benešovsku, a v základním rozsahu uvést strategie, které by napomohly v překonávání exkluze přímo v tomto regionu a řešily, resp. zmírňovaly tak problémy, s kterými se uživatelé drog denně potýkají. Na následujících stránkách je blíže specifikována cílová skupina a způsob práce s ní v tzv. terciální prevenci. Text přibližuje osobnost závislého člověka a poukazuje na existenci vztahu mezi pracovníkem a klientem. Kvalitní profesní vztah napomáhá k tomu, aby si klient uvědomil svou situaci a pracovník by mu měl svým přístupem pomoci k resocializaci. Uvedený popis terénní práce s uživateli návykových látek zahrnuje její sociálně-preventivní aspekty a možnou dráhu reintegrace závislého do společnosti.

Cílem práce je utvoření komplexního pohledu na danou cílovou skupinu ve zmiňovaném regionu, lepší uchopení tohoto tématu a zmapování možné formy intervence pro účinnou strategii překonávání sociálního vyloučení těchto osob.

Teoretická základna čerpá z odborné literatury, vztahující se k tomuto tématu. Využito bylo textů z titulů, zabývajících se drogovou problematikou a tématem sociální exkluze, kterých je ovšem ve spojení s touto cílovou skupinou minimum.

Praktická část popisuje komunitní situaci sociálně vyloučených osob, které se dlouhodobě vyskytují v benešovském regionu a jejich sociálního okolí. Vycházelo se z teoretického zázemí, potřebného ke kvalitnímu zachycení problematiky, s možností vyjít z těchto poznatků k osobnímu rozsahu práce. Pracovním postupem praktické části byl terénní sběr dat od různých subjektů. Za výzkumnou metodu byla zvolena kvalitativní studie, použití výzkumných otázek a hlavních cílů pilotáže. Použita byla technika individuálních strukturovaných rozhovorů. Hlavní výzkumné otázky, na které práce zodpoví, se zaměřovaly na jednotlivé úrovně v životě uživatelů drog (materiální, sociální, psychickou,...).

Praktické využití poznatků spočívá ve shrnutí výzkumu a následné doporučení ke zlepšení situace, které bude poskytnuto zúčastněným aktérům, zejména zástupcům sociálního odboru MěÚ Benešov a K-centru Benešov, Magdaléna, o.p.s.

Rok 2010, kdy tato práce vznikala, byl Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Výstupy byly proto také přiblíženy odborné veřejnosti ve formě příspěvku v časopise Sociální práce č. 1/2010 s názvem Sociální práce a boj s chudobou.

HLAVNÍ – TEORETICKÁ ČÁST

V naší společnosti se vyskytují tisíce lidí, mající problémy s užíváním drog. Prevalenční odhady zaznamenávají na území České republiky přes třicet tisíc problémových uživatelů drog (viz. Tabulka č.1). Tedy také osob, které jsou často sociálně exkludované, nemají stálé bydlení, jsou téměř bez příjmů a lidí, v kterých by mohly najít podporu. Mnoho z nich není napojeno na žádnou sociální službu. Právě pro tyto skupiny funguje, kromě jiných sociálních služeb, terénní práce s uživateli drog, která jim bývá nejbližší. Terénní programy jsou často realizovány pod záštitou kontaktních center.

V České republice je v současné době (říjen 2011) v registru poskytovatelů sociálních služeb uvedeno 73 terénních programů pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Oproti loňskému roku je jich zhruba o 17 více. Na tomto poli u nás působí jako záštita například Česká asociace streetwork, která v současné době zastřešuje také Fórum terénní práce, které začalo fungovat na konci roku 2009.

Chceme-li si podrobně charakterizovat sledovanou problematiku, nemůžeme se obejít bez teoretického poznání cílové skupiny, tedy osob, kterých se téma sociálního vyčlenění osobně dotýká. Musíme se také zaměřit na vyložení si pojmů a jevů, které je provází.

1. CÍLOVÁ SKUPINA

I v metodické příručce Terénní sociální práce (Nedělníková 2005) se upozorňuje na to, že pokud chceme terénní program blíže specifikovat, potřebujeme přesnou definici cílové skupiny.

Terénní programy jsou zacíleny na tzv. problémové uživatele drog (dále jen PUD) z důvodu větší míry sociální exkluze, tedy jejich vyloučení ze společnosti. Podle definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), se jedná o injekční uživatele drog a/nebo uživatele opiátů (např. heroin) a/nebo dlouhodobé uživatele amfetaminů (např. pervitin). V evropském kontextu jsou mezi PUD řazeni i uživatelé kokainu. Jsou to pravidelní uživatelé drog, jejichž zdravotní a sociální situace ještě mnohdy není debaklová a jsou motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí. Pravidelným užíváním se myslí minimálně víkendové užívání.

1.1 Charakteristika problémového uživatele drog

Častým klientem terénní práce je problémový uživatel drog v terminální fázi, tedy ve stadiu návyku, což se vyznačuje nadměrným užíváním drog - několikrát denně, vysoké dávky, i.v. užívání. Při neužívání návykových látek přicházejí abstinenční příznaky. Pracovník často přichází do kontaktu s celkovým úpadkem osobnosti a rozpadem sociálních vazeb.

1.2 Osobnost závislého člověka

Zpočátku může člověka ovlivňovat jeho touha po něčem novém. Závislý se vyznačuje impulzivním jednáním a často má potíže v odkládání uspokojení (prvotní je zájem o drogu). Takový člověk bývá označován i jako antisociální osobnost, tzn., že nerespektuje sociální normy a řád společnosti. Jeho styl života je vysoce nekonformní, kombinovaný se slabou cílevědomostí k výkonu hodnocenému společností.

Závislý člověk mívá pocit sociálního odcizení a všeobecný sklon k deviaci. Co se týká duševního stavu, bývají emoce závislého málo sjednoceny a často se mění. Chybí zde často schopnost snášet zátěž (i „běžnou“), což doprovází nízká míra tolerance vůči frustraci. Tyto prvky osobnosti jsou také doplňovány pocitem zvýšeného stresu, který se upevňuje v pubertě. Když bývá osoba v této části života, kterou je přechod z dětství do dospělosti, osamocená nebo hledá útěk z reality, využívá drogy pro „vyrovnání se s nároky“. Mladí se všeobecně rychleji a dramatičtěji dostanou do závislosti. Důvody také mohou být zakořeněny v citové deprivaci z dětství, absencí zájmů, zálib, nedostatků cílů a pozitivních hodnot. Osoba na drogách bývá nespolehlivá, bezohledná, schopná lhát, bez viny a studu.

Člověk podmaněný drogou se zaměřuje na krátkodobé cíle. Většinou jde o osobní cíle např. kde si „udělá“ peníze, kde sežene drogu, kam půjde na akci, popř. kde přespí. Jeho činnost je pozbytek dne spíše pasivní - bezcílné bloumání dnem. Je bez hlubších zájmů a názorů. Nemá zájem o dění ve světě, v politice atd. ale ani v tom, na co má nárok.

Antisociální tendence a sebedestruktivní styl života (sdílení jehel, krádeže, přespávání na rizikových místech...), kdy závislý nedomýšlí důsledky, vedou k jeho ohrožení.

Zpočátku chtěné odlišení se od společnosti charakteristickým oblékáním a stylem střídá úplná ztráta zájmu o zevnějšek. Postupně upadá i hierarchie hodnot. Hodnotová orientace vrcholí dávkou drogy a přístupností k ní.

1.3 Kvantitativní údaje

Mezi hlavní kvantitativní údaje řadíme např. počet osob, jejich věk či pohlaví.

1.3.1 Počet problémových uživatelů drog

Tabulka č. 1: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2007 podle krajů ČR (Mravčík et al., 2008)

Kraj	PUD	Uživatelé opiátů			Uživatelé pervitinu	Injekční uživatelé
		Heroin	Subutex	Celkem		
Praha	10 000	2750	3250	6000	4000	9900
Ústecký	4100	900	450	1350	2800	3950
Jihomoravský	3400	800	50	850	2550	3200
Zlínský	1815	50	50	50	1800	1500
Královéhradecký	1750	150	50	150	1550	1750
Středočeský	1700	250	300	550	1150	1550
Olomoucký	1650	50	50	50	1550	1400
Jihočeský	1500	50	200	250	1200	1450
Plzeňský	1300	500	50	500	800	1300
Moravskoslezský	1100	100	50	100	1000	950
Karlovarský	900	100	50	100	850	900
Vysočina	700	50	50	50	700	650
Liberecký	500	50	50	50	450	500
Pardubický	450	50	50	50	400	450
Celkem ČR	30900	5750	4250	10000	20900	29500

1.3.2 Věk problémových uživatelů drog

V terénu se setkáváme s klienty různého věku. Nejčastěji se jedná o mladé lidi, ale samozřejmě se vyskytují i výjimky, kdy se streetworker střetává i lidmi staršími (kol. 50-ti let). Dnešním „trendem v užívání drog“ je u nejpostiženější skupiny věková hranice v rozmezí 15 – 19 let. Druhou nejpočetnější věkovou skupinou jsou pak 20 – 24 letí.

Genderově ve většině terénních programů převládají muži.

1.4 Nejčastější problémy uživatelů drog

Osoby užívající drogy ohrožují zdravotní problémy, které jsou následkem rizikového způsobu aplikace a nedodržování zásad bezpečného brání. Nejčastěji se jedná o přenos infekčních chorob (sdílení stříkaček), jako je hepatitida typu B nebo C a HIV, poškození žilního systému (nedodržování zásad bezpečného brání a základní hygieny) – např. abscesy, záněty žil, flegmony - a nemoci, které vyplývají z životního stylu PUD (špatná hygiena, nedodržování pitného režimu, účinky drog na organismus apod.) – např. kožní problémy, oslabená imunita, abstinenční příznaky.

Dále se vyskytují psychologické a psychiatrické problémy, které mohou být způsobeny bráním drog, např. toxická psychóza. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je samotná závislost označena jako duševní porucha a porucha chování. Kromě závislosti může být u uživatele drog diagnostikována další duševní porucha (tzv. duální diagnóza) – např. poruchy příjmu potravy, disociační porucha, schizofrenie, deprese a jiné poruchy nálady a úzkostné stavy. Člověk také může mít psychické problémy ještě před bráním drog, kterými se svou situací snaží „řešit“.

Sociální problémy přímo souvisí se životním stylem PUD. Držení drog a jejich prodej, krádeže, závislost na sociálních dávkách, bezdomovectví - squatterství, oslabené pracovní návyky, prostituce, promiskuita apod.

Problémy v hodnotové orientaci se odrážejí v mravních dilematech a v selháních, které s tím souvisí. Závislý člověk má zcela odlišný žebříček hodnot, než běžný občan. Z toho vznikají vztahové problémy, které bývají stagnujícím prvkem, který závislého drží v úniku k drogám.

2. SOCIALIZACE ZÁVISLÉHO ČLOVĚKA

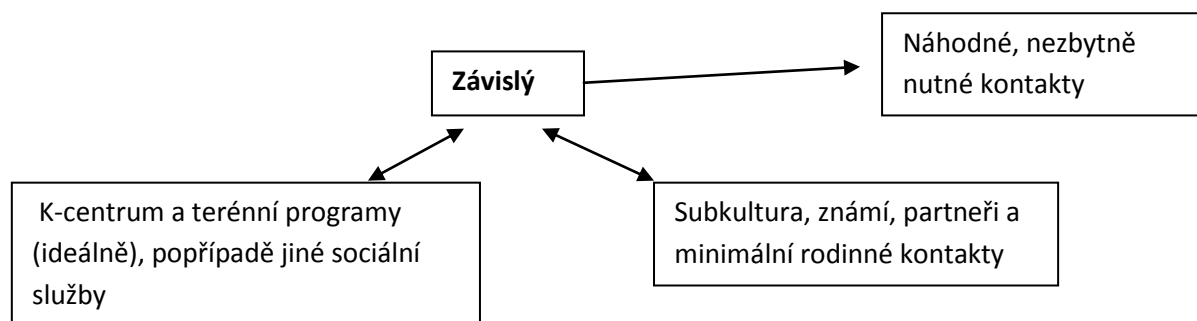
Osobnost se utváří biologickými, psychologickými a sociálními aspekty (vztah, prostředí, společnost) tyto aspekty jsou u drogově závislého k utváření „špatné“. Důležité je mládí, kdy se utváří JÁ a vzniká sociální identita. Problémový uživatel drog nemá sociální zralost osobnosti – nezvládá řešit standardní situace v životě i pracovním procesu.

Socializace se mnohdy vysvětluje jako přeměna člověka z biologické bytosti v bytost lidskou a to vlivem sociálního prostředí, hry a práce. Tyto složky jsou u závislé osoby nedostačující či zcela chybí. Poté se tedy stává, že závislý neumí efektivně kooperovat a komunikovat se společností a lidmi v ní fungujícími.

Sociálním učením se běžný jedinec učí přizpůsobovat požadavkům svého společenského prostředí a osvojovat si názory, postoje a hodnoty společnosti, ve které se vyvíjí. Exkludovaný člověk ale nežije v „normální, běžné“ společnosti. Mezi lidmi, se kterými na ulici (na squatu,...) žije, si osvojuje spíše nepřipustné sociální normy, které bývají ve skupině jejich subkultury běžnou normou. Po některých činnostech, po kterých by přišel ve většinové společnosti trest, přichází obdiv nebo min. nezájem. Učení probíhá i sociálním podmiňováním, tedy zjednodušeně řečeno metodou odměny a trestu. V drogových subkulturách tresty většinou nefungují. Pokutám či alternativním trestům nepřikládají důležitost a mnohdy s tím nic neudělají, ani když už jde „do tuhého“ a hrozí jim např. trest odnětí svobody.

2.1 Role a status závislého ve společnosti

Znázornění možných interakcí PUD ve společnosti:



Rolí rozumíme sociální postavení člověka ve společnosti a očekávaný způsob chování, které se váže k statusu.

Každý člověk mívá několik na sobě nezávislých rolí a rolí souběžných. Oproti tomu PUD těchto rolí příliš nemívá. Mnohdy své role odmítá (syn, zaměstnanec,...). Roli sociálně nepřizpůsobivého občana, patřícího do tzv. okrajové skupiny, má pro většinu společnosti.

Askriptivní sociální status je postavení získané bez vlastního úsilí, v důsledku sociálních okolností. U této cílové skupiny je často zaznamenáno znevýhodnění v rodině (chudoba, alkoholismus,...). Získaný status je například dosažené vzdělání (u PUD většinou ZŠ nebo ne/dokončené vyučení) nebo zaměstnání, které určuje socioekonomickou pozici, která zařazuje člověka v síti sociální struktury společnosti. „Master status“ dominuje nad ostatními, determinuje obecnou pozici svého nositele ve společnosti - narkoman. Kategorie získaného statusu je možno popsat několika ukazateli (prestiž profese, dosažená kvalifikace, moc, vliv, příjmy – nic z toho se takového člověka zásadně netýká).

2.2 Důsledky užívání drog

Na úvod zjednodušeně řekněme, že užíváním drog vzniká závislost psychická a fyzická. Brání drog s sebou ale nese mnoho dalších aspektů. Špatný zdravotní stav je kromě účinků drog (poškozené ledviny, játra apod.) a jejich aplikováním (poškození nosní přepážky a žil – abscesy, flegmóny), ovlivňován také nedostatečnou stravou nebo nedostatkem kvalitního odpočinku. Narkoman také nedbá dostatečně na svou osobní hygienu, nemá k tomu také většinou dostatečné podmínky. Sama úzká společnost, ve které se závislý pohybuje, je riziková kvůli výskytům virových onemocnění.

Mezi sociální důsledky můžeme zařadit i nepříjemné chování pro společnost jako agresivitu vůči ostatním lidem, amoralitu, neurózy a citovou oprostěnost. Závislý přestává respektovat normy, neplní povinnosti. Často dochází ke konfliktům v mezilidských vztazích, v rodině, odcizení se s partnerem, snížení pracovního výkonu, selhání v rodičovské roli atd. Kriminální a ekonomické důsledky spočívají v trestné činnosti, kdy možné odcizení se společnosti způsobuje i zápis v rejstříku trestů, který pak zhoršuje přístup k pracovnímu začlenění. To se dotýká tématu nezaměstnanosti. Problémový uživatel drog je často nekvalifikován a není schopen udržet se ve stálém zaměstnání. Postupně ztrácí pracovní návyky (pokud nějaké existovaly). Jeho ekonomickou situaci zatěžuje množství dluhů, často vysokých - na sociálním a zdravotním pojištění, za pokuty, půjčky,...

To, co stěžuje návrat k normálnímu životu, je návyk. I v abstinenci má člověk sklony k tomu občas užít drogu nebo se vracet ke své subkultuře.

3. SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ

„I když se lidé spící v papírových krabicích na ulicích, v parcích a na nádražích velkých měst průmyslových zemí stali symbolem sociálního vyloučení a bídy uprostřed bohatství a blahobytu, dožívá bezdomovectví majoritní populaci mnohem méně než ostatní důsledky chudoby. Zřetelněji než v jiných případech chápe totiž veřejnost bezdomovce jako „underserving“ chudobu a spojuje je s kriminalitou a alkoholismem, s nedostatkem vůle a ignorováním sociálního řádu (Mareš 1999).“

Pro účely zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách je sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Osoby, závislé na drogách, jsou opravdu ve stavu, který jim brání, aby se mohli podílet na běžných aktivitách, které jsou pro většinu společnosti přístupné.

3.1 Exkluze a inkluze

„Sociální vytěsňování (exkluze) je proces, kterým jsou lidé zbavováni přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit celku a toto vyloučení zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu jejich života ve srovnání se společensky uznávaným standardem (Nedělníková 2005).“

V problematice sociální exkluze nenacházíme konkrétně u uživatelů návykových látek přímé, komplexní řešení. I v běžné společnosti je toto téma většinou odmítáno, minimálně se od něj občané distancují.

Národní zpráva o sociálním vyloučení pojímá drogovou závislost jen ve dvou bodech. V dílčím cíli, prioritního cíle 1, který řeší sociální začlenění a účast na trhu práce, je navržena tvorba a realizace sociálně preventivních programů pro cílové skupiny osob (např. programy pro osoby závislé na drogách) a programů motivace k aktivizaci na trhu. V druhém případě je drogová závislost zmíněna jako označení jiného možného primárního problému u romských menšin.

„Sociální začleňování (inkluze) je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené, dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (Nedělníková 2005).“

3.2 Chudoba

„Obecně se jako chudoba označuje sociální status člověka vyznačující se hmotným nedostatkem. Osoby ohrožené chudobou jsou osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem nižším než 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU. V dnešní době se pojem chudoba, díky medializaci, spojuje zejména s životními poměry lidí v rozvojových zemích a používá se pro stav, který nezajišťuje člověku základní podmínky pro důstojný život a uspokojení nejzákladnějších lidských potřeb. Je stavem, kdy jsou životní podmínky člověka v rozporu se základními lidskými právy. Z hlediska sociální politiky představuje chudoba jeden z nejobtížněji řešitelných problémů. Zároveň chudoba představuje jeden z nejvýraznějších motivačních prvků, kdy je motorem vzdělání, migrace obyvatelstva atp. (Wikipedie 2009).“

Chudoba se samozřejmě prolíná s možností získávání potřebných prostředků pro zajištění, alespoň základních potřeb. Běžně se lidé aktivně podílejí svými činnostmi na chodu trhu práce. Zapojit se do něj a setrvat v něm však v dnešní době není pro mnohé zdaleka jednoduché.

„Je to lidský kapitál, jehož velikost zařazuje jedince na trhu práce do výhodné či nevýhodné pozice a predestinuje ho k většímu či menšímu příjmu a k větší či menšímu příjmu a k větší či menší jistotě zaměstnání a tím i k dalším věcem, které jsou s výší příjmu s jistotou zaměstnání spojeny. Lidský kapitál je spojován především se vzděláním (Mareš 1999).“

Ve výzkumu, který byl pro potřeby této práce proveden, nám tato fakta jasně vycházejí. Sociálně vyloučení, kteří prošli nebo prochází závislostí na drogách, mají pro vstup na volný trh práce nerovné postavení. „Nerovnost může být dána jak přímou diskriminací těchto osob – odmítáním zaměstnat osoby určitých charakteristik, jejichž nižšími mzdami, snahou bránit jim v přístupu na školy, omezit jejich možnosti čerpat úvěry apod., tak i diskriminací nepřímou – prostřednictvím kulturního vyloučení nebo v jemnější formě ignorováním jejich kulturních handicapů a neochotou pomoci jim tyto handicapy vyrovnat (Mareš 1999).“

4. TERÉNNÍ PRÁCE – STREETWORK

Formou sociální práce, která je často lidem na ulici nejbližší, tzv. nejnižkoprahovější, je terénní práce, často označována slovem streetwork.

Metodická příručka terénní sociální práce (Nedělníková 2005) ji vymezuje z hlediska zákona o sociálních službách, kdy je pomoc realizována prostřednictvím terénních forem sociálních služeb. Na úvod si tedy připomeňme, že sociální službou se podle §3 a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Jednotícím znakem těchto služeb je jejich naplňování v přirozeném sociálním prostředí, které § 3 d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje jako rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. Terénní programy (TP) jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 69 jako terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny.

Metoda terénní práce, která je často nazývána streetwork, znamená doslovně práce na ulici. Nejedná se však o doslovný smysl. Tento pojem symbolizuje jakékoliv otevřené neinstitucionalizované prostředí. Streetworkeri se pohybují v naprosté většině ve vytipovaných lokalitách na otevřené drogové scéně, tzn. venku na ulicích a veřejných prostranstvích, kde jsou lidé užívající drogy vidět, jako jsou parky, nádraží, sídliště, opuštěné domy. Svou činnost ale také provádí na skrytých (uzavřených) drogových scénách, tj. na drogových bytech, ve squatech a jiných místech, kam není běžně přístup. Po monitoringu lokality, provádí terénní pracovník depistáž potenciálních uživatelů drog – klientů programu. Zároveň provádí propagaci služeb pomocí výlepu (konzultace se zástupci města) a rozdávání informačních materiálů (vizitky, letáčky, samolepky,...) a poskytuje dostatečné informace o službách. Vyhledávání populace uživatelů drog a jejich motivace ke změně životního stylu směrem k větší odpovědnosti za své chování, tj. minimalizaci zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním drog a abstinenci od drog jako další variantě budoucího života, to jsou obecné cíle této práce. Tu doprovází distribuce zdravotnického materiálu a např. kondomů, poskytnutí první pomoci či minimálního zdravotního ošetření.

Nedílnou součástí jsou poradenské služby, sociální poradenství, krizová intervence, motivační trénink, poskytování informačních materiálů a zprostředkování služeb jiných zařízení.

Základním cílem TP je navazovat kontakt s klientem. Terénní pracovník oslovuje osoby dle svého uvážení. A to jak, dle svého odhadu, potenciální klienty, ale také osoby, v jejichž společnosti by se potenciální klienti mohli vyskytovat. Bez klientů samozřejmě nelze TP realizovat. Při zavádění terénních služeb v nové lokalitě se čeká obvykle rok, rok a půl, než se ukáže, zda tu může terénní program fungovat. Pokud se nepodaří do této doby kontaktovat cílovou skupinu a zapojit ji do využívání služeb, je vhodné v tomto místě uvažovat o přerušení činnosti, min. na určité období.

Konkrétně v TP s uživateli drog se využívá i kontaktů s místními lékárnami. Nitrožilní uživatelé drog, kteří se např. bojí odhalení a nechtějí být s terénními pracovníky v kontaktu (zvláště při terénu na malých městech), si chodí pro čisté injekční stříkačky do lékáren. Když lékárna svolí ke spolupráci, obdrží zdarma od pracovníků tzv. Rychlý balíček. Ten obsahuje čisté jehly a materiály ke snížení škod (sterilní vodu, filtry, desinfekční polštářky, kapsle, popř. náplast a kondom). Vhodné je doplnit balíček o informační materiály (informace o bezpečném braní, o virech HEP a HIV, apod.) a o vizitku s kontaktem na terénní programy. Balíček mohou pracovníci lékáren nabízet dle svého rozmyslu potenciálním klientům. Rozpoznávacím znamením může být např. opakovaná koupě určitého množství jehel.

4.1 Specifika terénní práce s uživateli drog

Specifikem terénní sociální práce je, že pomáhající vyhledává potenciální uživatele sociálních služeb v jejich přirozeném prostředí a společná setkání tak obvykle neprobíhají na půdě organizace, která terénního či terénního/sociálního pracovníka zaměstnává. Tento způsob práce, který podporuje sociální reintegraci, umožňuje kontakt s lidmi, kteří z různých důvodů sami institucionální pomoc nevyhledávají, případně z počátku i odmítají. Tato specifika v sobě obsahují takové příležitosti a potenciál, které při práci s jednotlivcem v poradenském zařízení či na úřadě není možné využít. Na druhou stranu vstup do soukromého prostoru jednotlivců, rodin a celých společenství klade vysoké nároky na profesionalitu a etické chování pracovníků, stejně tak jako vstup do teritorií cílové skupiny, jež se zpravidla nachází ve veřejném prostoru (Nedělníková 2005). Nečeká se na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy, ale služba sama vyhledá jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby.

4.2 Principy terénní práce

Hlavními principy terénní práce jsou anonymita, bezplatnost, respekt k důstojnosti, lidským právům a k právu na vlastní rozhodnutí. Při práci se dbá na individuální potřeby klientů a prosazování jejich oprávněných zájmů navenek. Terénní sociální služby jsou poskytovány na základě druhových standardů sociální služby, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dalšími právními normami České republiky a Evropské unie a s Etickým kodexem sociálních pracovníků, případně z něj odvozených kodexů (např. kodex kontaktních center, kodex České asociace streetwork). Uživatelé služby nesmějí být diskriminováni na základě své etnické, národnostní, rodové, sociální, náboženské a jiné příslušnosti.

Principy činností, které se terénní prací prolínají, se dají shrnout do pěti skupin:

(Vyňato z Manuálu Terénní práce, K-centrum Benešov, Magdaléna, o.p.s.)

1. Navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog. Motivovat uživatele drog k pozitivní změně životního stylu směrem k abstinenci a k léčbě závislosti.
2. Učit uživatele zásadám bezpečnějšího brání, snížit počet úmrtí v důsledku předávkování, motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci (tzv. princip Harm reduction).
3. Udržet nízký výskyt AIDS a snížit výskyt hepatitid B a C - Streetworkeri poskytují informace o zásadách bezpečného sexu a poskytují sterilní zdravotnický materiál. Chrání tak většinovou společnost před infekčními chorobami prostřednictvím výměny (tzv. princip Public health).
4. Udržovat nejvíce exponovaná místa v čistotě - sběr a likvidace použitého injekčního materiálu. I když je toto primární povinností policie.
5. Monitoring drogové scény, depistáž a sběr dat (statistické údaje z tzv. skryté populace – věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání, užívaná/é droga/y, délka a způsob užívání apod.).

4.3 Harm reduction a Public health

Tyto dva pojmy patří mezi základní koncepce terénní práce s uživateli drog. Z filosofie těchto přístupů vychází teoretický základ pro primární služby terénní programů.

Termín Harm Reduction (dále jen HR) je v češtině používán ve smyslu „minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog“.

V rámci filosofie HR se klade důraz na stanovení krátkodobých cílů (např. prevence přenosu infekčních chorob za specifických okolností) před dlouhodobými cíli (např. celková redukce škod způsobených bráním drog). V podstatě jde o stanovení postupných ochranných a nápravných cílů, které jsou jednotlivými etapami k dosažení zásadního cíle, kterým je drogová abstinence nebo alespoň zpomalení či zastavení negativního vývoje. Touto metodou se vyvíjí vztah mezi pracovníkem a uživatelem služby. Přístupy HR vycházejí z jednoho společného jmenovatele a tím je „změna“. Změna od často vysoce rizikového chování, ve smyslu zdravotním i sociálním, k bezpečnějším způsobům chování. Právě změna je klíčovým momentem práce s uživateli drog. V ideálním případě jde o změnu hlubší a trvalou. Pokud člověk už drogy užívá a zatím není motivován ke změně, je nezbytné, aby byly k dispozici služby, které se snaží zajistit jak u klienta, tak jeho okolí, snížení rizika nákazy infekčními chorobami při užívání drog. Jednak tímto způsobem dochází ke snížení nákladů na případnou léčbu somatických potíží a onemocnění, které souvisí s užíváním drog u dotyčného, protože klient dostává informace o tom, jak drogy užívat tak, aby si ublížil pokud možno co nejméně. A dále, pokud se klient rozhodne postupem času pro léčbu, je v léčbě a po léčbě schopen začít normálně fungovat včetně toho, že není omezen v zaměstnání a v dalších činnostech a lépe se vrací zpátky do života.

Do HR spadá také již zmiňovaný kontakt s klientem a to v případě, že potřebuje sociální poradenství, krizovou intervenci, informace o léčbě a zprostředkování léčby. Programy HR jsou provozovány buď přímo v „terénu“, na ulici, na místech, kde se uživatelé drog scházejí nebo v nízkoprahových zařízeních („nízký práh“ = překonání psychologických a administrativních bariér, podmínky pro využití služeb centra jsou postavené tak, aby je mohl využít v podstatě kdokoli z uživatelů drog, bez doporučení, přímo z „ulice“ a jsou anonymní, někdy mají klienti speciální kódy, které ovšem slouží spíše pro statistiku, kdy se zjišťuje počet klientů využívajících službu).

Harm reduction je mezinárodně uznávanou strategií na poli protidrogové prevence a v současnosti je jedním ze čtyř základních pilířů české protidrogové politiky (společně s primární prevencí, léčbou a resocializací).

Přístup Public Health, překládaný jako ochrana veřejného zdraví, vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Je jedním z principů protidrogové politiky. Tento pragmatický přístup k drogové problematice vychází ze schváleného usnesení vlády č. 109/04, o přípravě národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009 a dalších dokumentů EU.

Nesleduje individuální zájem klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Výměnný program snižuje rizika přenosu těchto chorob, ke kterému dochází při sdílení jehel a ostatního „nádobíčka“, potřebného k aplikaci.

Konkrétním příkladem účinnosti terénních programů mohou být i čísla např. prevalence výskytu virové hepatitidy typu B a C u injekčních uživatelů drog, která je v posledních 5 letech stabilizována. Také vakcinace se podílela na zastavení rizika epidemie ve většinové společnosti.

4.4 Rozdělení terénní práce do oblastí

Zásadní oblastí je výměna a distribuce zdravotního materiálu. Klientům jsou za použité injekční stříkačky poskytnuty čisté (většinou kus za kus). V rámci výměny se rovněž distribuují desinfekční čtverečky (sterilní tampón s alkoholem), filtry, sterilní voda, náplasti, aluminiové folie, kondomy, kyselina ascorbová, popř. jiný zdravotní materiál. Součástí výměny je motivace k bezpečnějšímu způsobu užívání nebo k bezpečné likvidaci použitého zdravotního materiálu. Výměna je rovněž efektivním nástrojem k navázání kontaktu a poskytuje řadu příležitostí k předání informací o bezpečném brání. Součástí bývá také poskytnutí vitamínového servisu, zdravotního ošetření (v rozsahu, jež terénní práce umožňuje) a testů na infekční nemoci (nebo spolupráce se zařízením, jež testy provádí), popř. těhotenské testy.

Velmi důležité je poskytování informací, např. o bezpečném brání, sexu, účincích drog, infekčních chorobách a sociálně právní a zdravotní poradenství, jehož součástí jsou reference, tedy odkazování, do zařízení následné péče. Sdělené informace musí být uživatel služby srozumitelné.

Všichni pracovníci by měli být povinně školeni v krizové intervenci. Znamená to, že by měli být schopni uklidnit klienta v krizi, stabilizovat jeho stav a snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem usnadnit, umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, pomáhá při vyjadřování emocí či opět získávat sebedůvěru a zmapovat možnosti podpory v okolí klienta.

Součástí výbavy terénního sociálního pracovníka by měla být schopnost vést motivační rozhovory, o kterých více pojednává kapitola Kontakt s klientem.

Pracovník provádí samozřejmě také monitoring lokality a depistáž.

5. TERÉNNÍ PRACOVNÍK – STREETWORKER

Streetworker v zařízeních pro drogově závislé, zpravidla v K-centrech, má své pevné místo. Jeho práce je cílena na osoby, které mají osobní zkušenosti s drogou, avšak zpravidla nejsou v kontaktu s žádným sociálním či zdravotnickým zařízením nebo jinou pomáhající institucí. Nebývají zachyceni v sociální síti.

Ideálem je, aby streetwork vykonával tým pracovníků. Ke spolupráci lze přizvat i osoby, které prošli drogovou závislostí (tzv. ex-useři) nebo jsou stabilizovanými uživateli drog. Spolupráce s nimi musím mít pevně stanovená pravidla a za jejich činnost dle dohody přebírá streetworker v určitém rozsahu zodpovědnost. Jejich nedocenitelnou předností je, že se bez problémů dostanou do míst, kam nemá streetworker běžný přístup. Takovým místem může být třeba soukromý byt injekčních uživatelů drog. Tato spolupráce s externími terénními pracovníky (často používaná je zkratka XTP), jak se tito lidé nazývají, má velkou výhodu v kontaktování nových osob pro terénní program. Mohou sice sami realizovat výměnný program s osobami, které nechtějí kontaktovat přímo sociální službu a její pracovníky, ale také předávají informaci o tom, že služba je opravdu anonymní a bezplatná. Často se totiž nedaří „přimět“ závislé, aby služby terénního programu využívali, respektive začali využívat právě kvůli jejich strachu z odhalení identity. Bojí se také, že budou viděni se streetworkery ve městě, kde žijí a budou tak službou nálepkováni. Toto hrozí často v menších lokalitách. Nevýhodou tohoto postupu může být, že sice přibývá počet vyměněných jehel, ale tím to může „končit“. Uživatel, který využívá služeb XTP pak již „nepotřebuje“ služeb kvalifikovaného terénního pracovníka. Obzvláště opatrně se s touto činností musí nakládat právě v menších lokalitách, kde je riziko nekontaktování klientů službami terénního programu vysoké.

5.1 Úrovně činností terénního pracovníka

Můžeme říci, že pracovník se ve své práci pohybuje na několika úrovních. Za prvé se samozřejmě jedná o přímou práci s uživatelem služby. Jeho práce však přesahuje i do úrovní, v kterých provádí např. některé z nepřímých aktivit ve prospěch uživatelů a je aktivní ve věcech, které jsou nutné pro realizaci a rozvoj samotné sociální služby. Svou práci také konzultuje se (spolu)pracovníky dle organizační struktury poskytovatele. A měl by se aktivně účastnit činností ve prospěch vlastního profesního rozvoje.

5.2 Kvalifikace terénního sociálního pracovníka

Kvalitní pracovník se neobejde bez odborných vědomostí a znalostí svých kompetencí. Pro výkon své profese potřebuje jisté školní vzdělání (dnes dle Zákona o sociálních službách), které si doplňuje účastí na potřebných výcvicích (např. Krizová intervence, Motivační rozhovory apod.), seminářích, konferencích a stážích. Se svým nadřízeným sepisuje plán individuálního vzdělávání, kde se dohodnou, jaké kurzy jsou v první řadě potřeba pro použití v pozici, jenž daný pracovník vykonává. Praxí bývá, že má-li zaměstnavatel dostatečné finance, může pak po dohodě umožnit pracovníky, aby se dál vzdělával ve věcech, které pracovníka více osobně zajímají, zpravidla je však také využívá ve své pracovní činnosti (kurzy arteterapie, umění fundraisingu, využití multidisciplinárních týmů v praxi sociální práce,...). Vedoucí většinou všechny zdroje získávání zkušeností a informací podporuje. Dovoluje-li to provoz služeb, který by měl být prioritní, měl by si sám pracovník vyhledávat akce, kterých se bude účastnit. Může najít mnoho, byť jednodenních školení či setkání, která jsou bezplatná a finančně nezatíží své zařízení. Důležité je také potkávat se s dalšími kvalifikovanými pracovníky z oboru. Streetworkeri se mohou setkávat na Fóru terénní práce, kde je otevřený prostor pro sdílení zkušeností z různých typů terénů, zařízení,... Účastníci vzájemně porovnávají své metody práce a pracují také na vytváření nových prvků v metodikách. Poznatky, které pracovníci nabudou, přenáší na poradách zbylému týmu svého zařízení.

Důležité jsou samozřejmě získané vědomosti o cílové skupině a o rozmístění zdravotních a sociálních institucí na daném území (sociální síť). Výhodou jsou dobré všeobecné osobnostní schopnosti jako schopnost řešit konflikty, flexibilita, spolehlivost, komunikativnost, vysoká frustrační tolerance, citlivost na neverbální komunikaci atd. Mezi speciální osobní schopnosti patří osobní zkušenosti a postoje (akceptace cílové skupiny, vyjasněný postoj k užívání drog a závislosti ve smyslu osobního užívání těchto látek nebo schopnost efektivně komunikovat s cílovou populací).

6. KONTAKT S KLIENTEM

V této kapitole si blíže specifikujeme cílovou skupinu a zaměříme se na rysy problémového uživatele drog. Dále bude nastíněno, jakou formou spadá tato skupina do sociálního vyloučení a jaké jsou jejich role a status ve společnosti. Při dobré terénní práci musíme mít přehled o možných klientech terénních služeb, protože z něj tvoříme přímou definici pro cílovou skupinu, na kterou se bude daný terénní program orientovat. Poté cílovou skupinu vyhledat, oslovit, „nakontaktovat“ klienty a započít s nimi individuální práci.

6.1 Vztah klient - streetworker

V knize Sociální práce na ulici – Streetwork (Bednářová, Pelech 1999) se uvádí, že tak jako při práci s jinými cílovými skupinami, je i v terénní práci důležité získání naprosté důvěry klientů. Proto se doporučuje zůstat přirozený, nenasazovat masku, být autentický a nevymýšlet si báchorky o svých vlastních zkušenostech s drogou, tzn. přiznat se, pokud nějaké byly, a naopak také přiznat, když osobní zkušenost s drogou není. Nezbytné je, aby streetworker neměl s žádnou drogou (ani alkoholem) aktuální problémy.

Práce s uživateli drog samozřejmě spadá do pomáhajících profesí. Obecně můžeme říci, že v těchto profesích musíme jednat s osobami, které jsou pomáhajícímu svěřeny, účinně a zároveň s respektem a empatií. Mezi prvními zásadami je nehodnotit klienta a jeho situaci. Občas je dobré nastínit klientovi jeho čin, chování v určitém okamžiku, ale určitě nehodnotit osobnost jako celek, už vůbec klienta vědomě „škatulkovat“.

Není dobré uživatele drog do něčeho nutit. Velkým krokem může být právě jen to, že klient přijde a využije služeb terénních programů. Dobrý terénní pracovník by měl být schopný přibližně odhadnout, jak s klientem v dané momenty komunikovat a jak s ním pracovat. Takový klient může být hodně citlivý, někdy až plachý a je nutné ho pomalu „ochočovat“, než si na pracovníka zvykne, započne mu trochu důvěřovat a svěřovat se mu se svými problémy a životními událostmi, kterými prošel a prochází.

Klienti často pracovníka jak mohou „oťukávají“, zkouší ho a testují tak hranice, které si musí pracovník ve vztahu s klientem udržet.

Na počátku se s klientem uzavírá ústní dohoda o využívání služeb. Klient se dozví, co všechno může využívat a na druhou stranu je obeznámen s určitými pravidly např. nebýt agresivní.

Při kontaktní práci je kontrakt s klientem postaven na aktuálních potřebách a situaci klienta. Tento druh kontaktu má za cíl vytvořit dostatečnou vzájemnou důvěru a podmínky, potřebné pro rozvíjení kontaktu a poskytování dalších služeb. Součástí kontaktní práce je hledání a upevňování hranic komunikace s klientem a prohlubování jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb, aby začal řešit běžné sociální problémy. Poté je schopen plánovat si své osobní cíle a další postupy ve svém životě.

Existuje řada způsobů, jak navázat kontakt s potenciálními uživateli sociální služby. Už při tomto prvním kroku ke spolupráci je třeba, aby si pracovník uvědomoval, zda vzešel podnět přímo od zájemce o službu, nebo je iniciátorem spolupráce někdo jiný. Pokud jde o nevyžádaný kontakt a daná osoba spolupráci odmítá, bere pracovník na vědomí, že jeho další aktivity nejsou pomocí, ale kontrolou a mohou mít své opodstatnění pouze v zájmu ochrany zdraví či života zúčastněných osob, či ochrany práv a oprávněných zájmů nezletilých dětí.

„První kontakt je nejkritičtější bod sociální práce na ulici, který rozhoduje o přijetí streetworkera cílovou skupinou a dalším pokračování nebo i nepokračování započaté práce (Bednářová, Pelech 1991).“ Existují tři typy prvního kontaktu. Prvním je aktivní (ofenzivní), tedy přímé oslovení potenciálních klientů terénním pracovníkem. Protikladem je pasivní (defenzivní) způsob, při kterém se pracovník pohybuje na vytipovaných místech, kde se uživatelé mohou vyskytovat, „pobývá“ v jejich blízkosti delší dobu, pozvolně získává důvěru a čeká, zda kontakt přijde ze strany uživatele. Dalším způsobem je kontakt přes třetí osobu, kdy se nový klient nakontaktuje přes stávajícího klienta. Tato možnost se týká i externích terénních pracovníků.

Nejpozději do pěti setkání (záleží také na interních dokumentech zařízení) po prvním kontaktu by se měl vyplnit tzv. In-come (viz. Příloha č. 1). Klientovi, který byl nakontaktován poprvé, je nabídnuto sestavení kódu, pod kterým bude služby TP využívat. 10-ti místní kód je univerzální pro celou republiku a klient pod ním může využívat i služby různých kontaktních center. V tomto bodě je uživatel někdy napojen na první sociální službu. Spolu s kódem se vyplňuje zmíněný In-come, který obsahuje anamnestické údaje o klientovi. Datum narození, jaké má vzdělání, jak je na tom s prací, kde se zrovna vyskytuje, s kým, jaké drogy užívá atd. Data z formuláře jsou používána pro incidenci a prevalenci tzv. žadatelů o léčbu, které shromažďuje krajská hygienická stanice. Vyplnění formuláře není vázáno na využití služby.

Sepsání tzv. Individuálního plánu (viz. Příloha č. 2) je forma kontraktu mezi pracovníkem a uživatelem. Obnovuje se zhruba 2x do roka dle spolupráce ze strany uživatele. Zaznamenává se sem, jaké služby klient bude v TP využívat, či jeho konkrétní zakázky. Skládá se z části sociální, zdravotní, motivační, rodinné a u žen ještě z části zaměřené na ženské problémy. Plán je podepisován klientem i pracovníkem a opatřen datem. Tento dokument reaguje na plnění standardu č. 5, vyhl. 505, Z. 108/2006.

6. 2 Předléčebné poradenství a motivační rozhovory

„Pokud se chováte k člověku podle toho, jaký je, zůstane stále stejným. Když se ale k němu budete chovat podle toho, jaký by měl a mohl být, stane se takovým, jakým by měl a mohl být (Miller, Rollnick 2003).“

Téma je dobře vysvětleno a popsáno v knize Sociální práce v praxi (Matoušek, Kodymová, Kolářková 2005), která uvádí, že předléčebné poradenství čili poradenství poskytované před nástupem intenzivní léčby ve stacionáři, ve specializované léčebně nebo v terapeutické komunitě je podstatnou součástí programů. Cílem tohoto poradenství je rozvoj a podpora klientovy motivace k léčbě. Poradenství před nástupem do léčby, které spolu s léčbou a následnou péčí tvoří tzv. účinné léčebné koninuum, je důležitým faktorem, který má pozitivní vliv na úspěšnost léčby.

Text v této publikaci dále pokračuje podrobným popisem počínání pracovníka, které by mělo být co nejoptimálnější, vzhledem k různým fázím klientovy situace. Pracovník se musí pokusit být přiměřeně angažovaný a umět odhadnout, v jakém stádiu vývoje se uživatel drog přibližně nachází a dle toho jednat. Ve všech fázích práce s klientovou motivací je důležité podporovat klientovu sebedůvěru a využívat všech technik aktivního naslouchání - zrcadlení, shrnování, parafrázování, potvrzování, otevřených otázek.

Důležitým aspektem je proto správné načasování, což může v pracovníkovi vyvolávat určitá dilemata. „Nezkušenému pracovníkovi v této fázi práce s klientem hrozí, že dlouhým prověřováním jeho motivace a odkládáním rozhodnutí promešká interval, v němž bylo klientovo odhodlání k léčbě na nejvyšší možné úrovni. Tato úroveň může z vnějšího pohledu působit jako nízká. Je třeba mít na paměti, že dlouhodobé užívání drogy snižuje motivaci k čemukoli, snižuje i energii, kterou má člověk k dispozici, takže klient možná v dohledné době nebude schopen výraznějšího odhodlání k léčbě (Matoušek, Kodymová, Kolářková 2005).“

„Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případech lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla překonat ambivalenci a pomohla člověku postoupit na cestě ke změně. A to v mnohých případech stačí. Jak se jednou pohnou z místa, netrpí už více konfliktem mezi různými motivačními faktory, mají dostatek vlastních schopností a možností, aby učinili trvalou změnu. Potřebuje jen relativně rychlé posílení své vlastní motivace. Pro ostatní je motivační rozhovor pouhou předehtou k samotné léčbě (jakkoli důležitou). Vytváří se přitom otevřený pohled na změnu a připravuje se tak cesta k další důležité terapeutické práci. Při motivačním rozhovoru terapeut nepřijímá autoritativní roli. Vyhýbá se postoji typu: „Já jsem expert a já vám řeknu, jak byste měl žít svůj život.“ Odpovědnost za změnu je ponechána na jedinci samém (což je, jak jsme přesvědčeni přesně to místo, kde má odpovědnost být, a to bez ohledu na to, co my, co klienta „necháme“ dělat, co mu „dovolíme“ nebo k čemu jej „přesvědčíme“). Klienti mají plnou svobodu se rozhodnout, jestli se budou řídit naší radou nebo ne.

To zajisté neznamená, že terapeut je bezmocný a bez vlivu. Přesně naopak, některé výzkumy ukazují, jak překvapivě velký vliv má poradce na to, jestli se klient změní nebo ne! Postupy uplatňované v motivačních rozhovorech jsou spíše přesvědčovací nežli donucovací, více podporující nežli argumentační. Terapeut se snaží vytvořit pozitivní atmosféru, která vede ke změně. Celkovým cílem je navýšit klientovu vnitřní motivaci, tak že se změna vynoří v něm samém, namísto toho aby byla na klientovi vyžadována zvenku. Pokud se postup uplatní správně, předkládá sám klient – spíše než terapeut – argumenty pro změnu. Aby toho bylo možné dosáhnout, používá metoda motivačních rozhovorů množství různých technik, často odvozených od přístupů orientovaných na klienta. Oproti jiným, více agresivním směrům zůstává terapeut poměrně málo aktivní. Nicméně motivační rozhovor pokračuje kupředu s jasně daným účelem, podle určitých pravidel a za použití dovedností, které umožňují dosáhnout cíle. Po celou dobu je uplatňován smysl pro zasahování do procesu určitým způsobem a v klíčových momentech.

Motivace je chápána jako proces připravenosti ke změně či touha po ní, která se dostavuje v jednotlivých fázích, kterými lidé při průběhu jakékoli změny procházejí. Motivace tedy není povahovým rysem, který jedinec má nebo nemá. Je to stav, který se v průběhu procesu změny mění, lze jej ovlivnit a lze jej u klientů vyvolat a podpořit (Větrovec in ČAS 2007).“

6.3 Názory pracovníků z oboru

Zeptala jsem se odborníků z praxe: „Co si myslíte o vztahu mezi terénním pracovníkem a klientem - uživatelem drog, při uplatňování principů terénní práce?“

1. Barbora Orlíková, drogová poradna Sananim

„Harm reduction je celý myšlenkový přístup k drogové problematice, je to mnohem širší pojem nevztahující se pouze k výměně stříkaček. Na to, abych Vám zde celou filosofii harm reduction popsala, zde není dostatek prostoru. Terénní programy v ČR se řídí touto filosofií. K tomu pochopitelně patří nejen praxe výměny injekčních stříkaček, ale pochopitelně i navázání kontaktu a vztahu s klienty, s nimiž pracují. To je základní premisa terénní práce - nejprve musíte závislé na ulici najít, oslovit je, nabídnout jim příslušnou službu, informovat je, proč to nebo ono děláte a k čemu to je, pak jim můžete teprve vyměnit stříkačky. Nikoli naopak. Vybírám z knihy Kalina a kol.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha 2003 (kapitola o Harm reduction, autor Petr Hrdina). "Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Svým působením se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientových potřeb, dává klientovi a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Model Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Upřednostňuje léčbu ve všech jejích možnostech, a to i přístupy založené na totální abstinenci, před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem. Model HR souvisí s dalším přístupem k problematice rizikového chování, který vychází ze strategie veřejného zdraví (Public Health). Jedná se o koncept zaměřený spíš na celou populaci než na jedince. Všechno úsilí je směřováno na snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku. (...)

Harm Reduction, tak jak je tento pojem chápán ve vztahu k užívání drog, je mezinárodní hnutí, které vzniklo jako odpověď na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR praktikovat, byly Nizozemí (výměnné programy) a Velká Británie (substituce a preskripce návykových látek lékaři). I v mnoha dalších zemích Evropy, například ve Švýcarsku a Německu, vznikly další programy vycházejících z této strategie: „injection room“ (aplikační místnosti), testování tanečních

drog apod. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky (viz Národní strategie, 2000)."

2. Ing. Aleš Herzog, Ing., o.s. Sananim, 13 let praxe v oboru nízkoprahových služeb

„Myslím, že vztah nutný není, což vidíme dnes a denně, protože při takovém počtu klientů na otevřené drogové scéně zkrátka není vztah se všemi možný. Místo vztahu nastupuje cíleně vytvářená důvěra ve službu a nepsaný kontrakt, kdy se mne jako TP zeptá na radu ve svém osobním problému i klient, se kterým se příliš neznáme. Má vztah k naší "instituci", "roli". Na druhou stranu chceme-li efektivně pomáhat a jít s konkrétními klienty do případové práce, je vztah důležitý a nutně se vyvine (pokud nejsem robot a rozumím kontaktní práci). Čili ne se všemi klienty, u případové práce spíše ano.“

3. Pavlína Huževková, terénní pracovnice o.s. Agarta, délka praxe v oboru 4 roky.

„V naší organizaci předpokládáme, že klientova situace je přechodné období v životě. Terénní práce je specifická služba a jejím hlavním cílem je navázat s uživateli vztah postavený na vzájemné důvěře a snižování zdravotních rizik, spojených s tímto životním stylem. Díky tomuto aspektu se nám daří pracovat i se skrytou populací uživatelů drog, kteří většinou nemají důvěru v sociální či zdravotnické instituce.“

4. Helena Šebková, Dis., terénní pracovnice a koord. TP Příbram, délka praxe v oboru 6 let.

„Vztah s klientem je hodně proměnlivý. Určitě při této práci nějaký vzniká, bez něj by to nejspíš nešlo. Když je správná doba, kdy se zdá, že funguje, je možné udělat s klientem nejvíce práce. Pak se třeba dotyčný půl roku neukáže a vysvětlení se nedočkáme. Tato cílová skupina je ve svých krocích nevyzpytatelná. Trvá třeba rok, než se někdo rozhoupe povyprávět jak to teď má a zeptá se, jaké jsou tedy jeho možnosti. Vysvětlíme mu, co může udělat a on zas ustoupí o krok zpět. Někdy pokračuje v dotazech a je poznat, že nám důvěřuje a chce pro sebe něco udělat. No, jenže potom se opět může stát, že to tím končí. Klient se pak může stydět, že se dlouho neukázal či, že nedošel tam a tam. Důležité je pak říct mu, že to nevadí. Že to, že se pokusil, byl krok kupředu a že příště to může zkusit znovu.“

7. SOCIÁLNÍ SLUŽBY V TERÉNNÍ PRÁCI

Sociální službou se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Dalším způsobem je motivace klientů ke změně, která se prolíná vztahem, který mezi pracovníkem a klientem zrovna panuje.

7.1 Poradenství

7.1.1 Sociální poradenství

V základním sociálním poradenství poskytuje terénní pracovník, který je způsobilý k právním úkonům, je trestně bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, potřebné informace. Poskytované informace by měly směřovat k řešení nepříznivé sociální situace. Dobré je v průběhu vztahu a práce s klientem, stanovování, dosahování a vyhodnocování cílů klienta, zejména těch krátkodobých a zpočátku „méně náročných“, které se vztahují k překonávání či zmírňování nepříznivé sociální situace. Toto poradenství v sobě zahrnuje i způsoby ochrany před bezpečnostními či zdravotními riziky, jako jsou informace o zásadách bezpečného braní drog či informace o způsobu přenosu pohlavních chorob. Nabízí alternativy řešení či zmírnění nepříznivé sociální situace (např. alternativy azylového bydlení, domů na půl cesty, ubytování na ubytovnách, v nájmu), nastiňuje varianty možného vývoje situace při jejím neřešení. Aby se klient zachytil v sociální síti, jsou mu poskytovány informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb dle jeho potřeb. Je také informován o jiných formách pomoci (např. o dávkách pomoci v hmotné nouzi), informace o dalších sociálních službách, aktivitách a možných zdrojů pomoci. Poskytnutí informace o základních právech a povinnostech uživatele, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě. Ve většině popisů a výkladech potřeb závislých lidí se opomíjejí potřeby jejich psychiky. Uživatelé drog bývají hluboce nešťastní a od svého neštěstí se znovu odrážejí do dalšího užívání, potřeby duše bývají palčivější než hlad. Kolikrát by mělo být přednější uspokojit bolavou duši člověka, než mu radit v otázce vyřízení dokladů. Při zvýšené psychické pohodě má člověk větší šanci, že bude ve své motivaci a následných činech úspěšný.

7.1.2 Odborné sociální poradenství

Vykonává pracovník formou zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Tím mohou být sociálně terapeutické činnosti - poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání. Dále sem spadá pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí jako jsou pomoc při vyřizování běžných záležitostí (např. osobních dokladů) nebo pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Terénní sociální pracovník by měl být schopen vyhledat potřebnou sociální službu a doporučit odbornou pomoc. Měl by mít alespoň nějaké podvědomí o spektru drogových služeb min. v lokalitě, kde TP provozuje a odkazovat na specifické služby, jakými mohou být: kontaktní centrum, léčebná zařízení, krizové centrum, zdravotní a sociální služby... Samozřejmě se jeho znalosti vztahují i na oblast státní sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi či životního a existenčního minima.

7.1.3 Sociálně právní poradenství

Co se týká sociálně právního poradenství, může terénní pracovník podpořit klienta při vyřizování potřebných dokladů. Může se jednat o tyto typy: doklady prokazující totožnost - občanský průkaz a cestovní pas, matriční doklady – rodný, oddací, rozvodový a úmrtní list, doklady opravňující vykonávat určitou činnost – řidičský průkaz a doklady o dokončeném vzdělání vysvědčení, výuční list popř. zápočtový list a doklady sloužící k jednomu účelu – výpis z rejstříku trestů či jízdní doklad. Někdy se totiž stává, že klient stagnuje na „mrtvém bodě“, protože není schopný vyřídit si např. občanský průkaz, což ho brzdí v dalších sociálních aktivitách. Nemůže si vyzvedávat určitou poštu, nemůže požádat o dávky v hmotné nouzi apod. Terénní pracovník doprovází uživatele i při jednání na úřadu práce (ÚP) – při registraci do evidence uchazečů o zaměstnání, obeznamuje ho s možnostmi nároku na podporu v nezaměstnanosti. Ale i s jednotlivými právy a povinnostmi. ÚP je důležitou institucí, která může streetworkerovi pomáhat ve snaze o začlenění uživatele na trh práce a tím přispět k jednomu z resocializačních prvků. ÚP na základě zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, věnuje zvýšenou péči uchazečům o zaměstnání, kteří ji z vážných důvodů potřebují nebo vyžadují. Vyhledávat zaměstnání např. v dané lokalitě a pro danou skupinu může pracovník dopředu také na internetu a předávat pak zjištěné nabídky v terénu. Může také informovat o tom, jak vhodnou práci hledat, jak vystupovat při pohovoru nebo psát CV. Pomoc při vyhledávání platí i pro rekvalifikace a všeobecně pro zvyšování vzdělání a dovedností.

Jak již bylo zmíněno, je nezbytné, aby se sociální pracovník orientoval v systému státní sociální podpory a pomoci. V případě klientovy potřeby, obeznamuje pracovník klienta s otázkami vyřizování dávek státní sociální podpory, kterými jsou sociální příspěvek, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, přídavek na dítě atd. a dávek hmotné nouze, kterými jsou např. příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení nebo mimořádná okamžitá pomoc. Klient se může obrátit na pracovníka také s dotazem na otázku bydlení. Terénní pracovník by měl být schopen poradit s vyhledáním levného bydlení např. v ubytovnách, noclehárnách nebo azylových domech. Jsou-li v lokalitě domy na půl cesty, informuje o jejich činnosti. Pokud se vyskytne možnost získání sociálního bytu, a je-li klient v situaci, kdy má na byt prostředky, pomáhá pracovník s vyřízením žádosti o byt, popř. příspěvku na bydlení. Mnozí z této cílové skupiny mají problémy s dluhy. Za pokuty, půjčky, nezaplacené pojištění,... Terénní pracovník by měl být schopen navrhnout vhodný způsob pro splácení dluhů a také motivovat klienta, aby se pokoušel platit alespoň malé částky. Při konfliktu se zákonem pracovník napomáhá s vyhledáním obhájce a s jednáním u policie, soudu nebo PMS. Dle potřeby a závažnosti, odkazuje pracovník na právní poradu (např.: PP A.N.O. Praha), která je schopna zdárnějšího zastupování či obhajoby při řešení složitějších případů. Píše stížnosti, odvolání, atd.

Co se týká zdravotních otázek, je možná asistence na pojišťovnu k zajištění zdravotního pojištění – např. přihlášení k zdravotní pojišťovně a dále vyhledání vhodného praktického lékaře či zubního lékaře. Někdy mívá streetworker kontakt na specializovaného doktora, který je schopen a vybavený k tomu, aby ošetřoval pacienty nakažené virem HIV, HEP C apod. Ne každý doktor je také ochotný ošetřovat klienty, kteří nemají zaplacené pojištění, pokud nejsou ve stavu ohrožení života.

7.2 Asistence

Na metodě sociální práce s klienty TP se většinou určitým dílem podílí i forma asistence. Uživateli služeb je poradenství poskytováno buď čistě osobně v terénu, nebo formou asistenční služby, kdy pracovník doprovází klienta do dané instituce či orgánu státní správy a asistuje mu při vyřizování potřebných záležitostí. Klient má nárok, aby ho pracovník K-centra doprovázel na místa, kde si je nejistý, kam by se jinak sám neodhodlal, ale je třeba, aby se dostavil.

Takovými místy jsou zejména zdravotnická zařízení, úřad práce, městský úřad - většinou odbor zdravotnictví a sociálních věcí, OSSZ, finanční úřad, pojišťovna, probační a mediační služba České republiky apod. dle aktuální potřeby klienta.

8. RESOCIALIZACE ZÁVISLÉHO

K tomu, aby se závislý dostal zpět do společnosti, mohou pomoci kontakty s rodinou. Terénní pracovník se může informovat o vztazích, které klient má se svou rodinou a příbuznými. Může ho motivovat ke kontaktu s nimi, popř. mu poskytnout terénní mobil k telefonické komunikaci např. s rodiči. Podpora od nejbližších může opravdu pomoci při vymanění se z ohrožujícího prostředí. Vyskytují se však i případy, kdy jsou vztahy s rodinou nenávratně narušeny.

Zákonem o sociálních službách byly definovány základní pojmy v oblasti sociálního začleňování, kterými jsou nepříznivá sociální situace, sociální vyloučení a sociální začleňování. Sociálním vyloučením je rozuměno vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Sociální začleňování je definováno jako proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Podpora sociální soudržnosti a rovných příležitostí pro všechny prostřednictvím odpovídajících, dostupných, finančně udržitelných, přizpůsobivých a účinných systémů sociální ochrany a politik sociálního začleňování. Systém sociální ochrany umožňuje udržovat ve střednědobé perspektivě v ČR relativně nízkou míru chudoby, a je tudíž možno jej považovat za účinný nástroj prevence sociálního vyloučení.

Zákon o pomoci v hmotné nouzi a zákon o životním a existenčním minimu přispěly k reformám sociálního systému. Tyto normy kladou důraz zejména na aktivní přístup příjemce sociální dávky k řešení vlastní tíživé životní situace (především prostřednictvím vstupu či návratu na trh práce), omezují dlouhodobou závislost na sociálních dávkách a tím také na snížení jejich závislosti na státu a dále na prevenci sociálního vyloučení. K dosažení určité úrovně soudržnosti ve společnosti je nezbytné klást důraz na prevenci sociálně negativních jevů. Sociální služby prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy zejména pro krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností nebo žijí v sociálně znevýhodňujícím prostředí.

V letech 2006–2008 došlo v této oblasti k vytvoření informačního portálu a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. O zajištění dostupnosti sociálních služeb prevence (potřebné sítě služeb) a jejich zaměření je na úrovni kraje a některých obcí rozhodováno v rámci procesu plánování služeb.

„Nutné je podporovat koncepční a rozhodovací procesy na všech úrovních veřejné správy tak, aby se opíraly o objektivní poznání problému chudoby a sociálního vyloučení; podporovat komunikaci a partnerství všech aktérů politiky sociálního začleňování se zaměřením na komplexní řešení problémů (chudoba, přístup k obvyklým společenským zdrojům, zaměstnanost, podpora dostupného bydlení, začlenění cizinců do společnosti (Národní zpráva o sociálním vyloučení v letech 2008 - 2010).“ Pozn.: Uživatelé drog jsou v této zprávě zmíněni jen jako osoby bez přístřeší, ale je to jiná cílová skupina, která má se začleňováním také problém. Zpráva je spíše obecná než konkrétní.

8.1 Sociální reintegrace a síť služeb

Léčení uživatelé drog často vykazují vysokou míru nezaměstnanosti a bezdomovectví. Sociální reintegrace se považuje za nezbytnou složku komplexních protidrogových strategií a lze ji provést v jakékoliv fázi užívání drog a v různých prostředích. V praxi mohou reintegrační služby nabízet profesní poradenství, pracovní zařazení a podporu bydlení.

„Bezdomovectví spolu s nestálým ubytováním je jednou z nejvážnějších forem sociálního vyloučení, se kterou se uživatelé drog setkávají. V mnoha zemích je klientům léčeným z drogové závislosti poskytována podpora bydlení. Pomoc klientům léčeným z drogové závislosti s nalezením zaměstnání je klíčovou součástí sociální reintegrace, jelikož každý druhý klient nastupující léčbu je nezaměstnaný. Nové přístupy k pomoci klientům s nalezením a udržením zaměstnání se ukázaly jako úspěšné; patří k nim: „mentorské programy“, dotovaná pracovní místa a speciální vedení zaměstnavatelů a zaměstnanců, jako například různé „pracovní a sociální agentury“ v České republice (EMCDDA 2010).“

Pro mnohé z klientů, uchazečů o zaměstnání je kvůli drogové minulosti hledání práce velmi problematické. Mezi hlavní překážky úspěšného vstupu na trh práce patří především: nedokončené vzdělání, nedostatek pracovních zkušeností a zápis v rejstříku trestů.

Významnou součástí chybějícího článku mezi léčbou klientů a jejich úspěšným přechodem do normálního života jsou pracovní a sociální agentury, které kladou důraz na integraci osob znevýhodněných na trhu práce, což je zároveň současný trend aktivní politiky zaměstnanosti.

Ty se ale zaměřují na zlepšení životní situace bývalých uživatelů návykových látek prostřednictvím úspěšného uplatnění na trhu práce.

Abstinence by měla být podmínkou k zapojení do činnosti v těchto typech agentur. Tradičně je u nás přeceňována samotná abstinence jako jediný možný cíl léčby. Stávající uživatelé drog se do této formy nápomoci nezačleňují.

Přínosem takovýchto projektů pro klienty – uchazeče o zaměstnání je podpora nového životního stylu a upevnění abstinence; zprostředkování zaměstnání, podpora při jeho samostatném hledání; zprostředkování rekvalifikace, dalšího vzdělávání a lepší schopnost využívat další potřebné služby – sociální, zdravotní, vzdělávací, poradenské.

Pro státní a nestátní organizace jde o doplnění a zkvalitnění stávajících služeb v oblasti prevence drogových závislostí s důrazem na sociální a pracovní integraci.

Společnosti je přínosem pozitivní změna pohledu na cílovou skupinu, překonání společenských bariér, cesta k integraci, ekonomické a sociální výhody - prevence návratu k původnímu životnímu stylu je méně finančně nákladná ve srovnání s výdaji na léčbu závislosti a zlepšení návyků a dovedností, zvýšení kvalifikace.

Na tyto typy služeb může terénní pracovník své klienty v terénu odkázat nebo jim nabídnout asistenci. Jedná se však o služby, které spíše již využije „stabilizovaný“ uživatel návykové látky nebo klient s vysokou motivací.

Terénní pracovník by měl vzájemně komunikovat s cílovými skupinami v rámci dosahování cílů v tomto typu práce a to zejména se zástupci obcí a krajů odpovědných za problematiku sociálního začleňování, zadavateli a poskytovateli sociálních služeb, dalšími pracovníky v sociálních službách, nestátními neziskovými organizacemi, sociálními partnery a zainteresovanou veřejností. Pracovník by měl mít vypracovanou strukturu sociální sítě v lokalitě, v které se pohybuje. Důležité je znát provázanost služeb a možné odkázání klienta dle jeho aktuální potřeby.

8.1.1 Navazující léčebná zařízení

Znalostní výbavou každého terénního pracovníka musí být přehled o možnostech léčby. V případě potřeby informuje klienta o možných postupech, kterými jsou detox, léčebné komunity, doléčovací a resocializační služby. Dobré je pozvat klienta na poradenství do kontaktního centra, ale když klient nechce, dostane již zmíněné základní informace a pracovník vyčká, dokud nenastane okamžik, kdy se klient rozhodl pracovat více na své léčbě. Níže popsané služby je tedy nutno chápat pouze jako další, navazující služby, kterých může klient využívat. Nespojují se se službami terénní práce.

8.1.2 Detoxikace, detoxifikace, detox

Detoxikace má klienta připravit na další léčbu, kam nastoupí po absolvování „detoxu“ (čištění od drog). Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikační centrum nebo detoxifikační jednotka ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu. Jako závažnější důsledek drogové závislosti se jeví nakonec psychická závislost, jejíž symptomy v určitých zátěžových situacích mohou klienta provázet ještě řadu měsíců i let, na rozdíl od fyzické závislosti, jejíž příznaků se definitivně zbaví po několika dnech či týdnech. Léčba je pak zaměřena především na to, aby byl klient samostatně schopen obstát v podmínkách běžného života bez drogy a zvládal rizikové situace, které by ho mohly vést zpět k užívání.

8.1.3 Léčebné programy

V drogové problematice se pojem léčba užívá v širším významu pro odbornou strukturovanou práci s klientem. Léčení používá různých metod od farmakoterapie přes poradenství, sociální práci až po psychoterapii skupinovou či individuální. Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá.

Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, doléčování, která pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a zvyšuje efekt léčby.

Ambulantní léčba probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit, nicméně měla by být ve všech případech zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem.

V České republice nabízí ambulantní péči AT poradny. Další možnou podobou ambulantní léčby je denní stacionář, kde klient dochází každý do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních hodin.

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení, se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit nejrůznější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich a získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti se účastní aktivit pro volný čas, mohou využít poradenství v sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou a/nebo partnerem klienta.

Je dobré vědět, že léčbou, ať už jakkoli dlouhou, léčebný proces nekončí. Na klienta po léčbě čekají různá nebezpečství, která se lépe zvládají s alespoň minimální podporou v rámci doléčování.

8.1.4 Následná péče, doléčování

Doléčování bývá pro absolventy střednědobé či dlouhodobé protidrogové léčby. Základní nabídku tvoří chráněné bydlení, podporované zaměstnání a terapie. V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě.

Některá doléčovací centra poskytují pro klienty po absolvování léčby chráněné bydlení. Chráněné bydlení je možnost ubytování na určitou omezenou dobu (zpravidla 6 měsíců až jeden rok) pro lidi, kteří se po příchodu z léčby nemají kam vrátit nebo je jejich rodinné a sociální zázemí problematické a ohrožující. Za pobyt na chráněném bydlení se platí nízký nájem a klient je vázán určitými povinnostmi a má možnost terapeutické podpory, dochází do doléčovacího programu. Někdy jsou v rámci pobytu na chráněném bydlení zprostředkovávaná chráněná pracovní místa pro některé z klientů, kteří vzhledem k tomu, že nikdy nepracovali, mají za sebou kriminální minulost, nemají dokončení vzdělání a mají třeba i nějaká zdravotní omezení, nemohou ihned po léčbě sehnat zaměstnání. Chráněné pracovní místo je taktéž na určitou časově omezenou dobu a pomáhá klientovi zvyknout si na pracovní řád, naučit se nové pracovní dovednosti. Chráněná pracovní místa jsou placená a obvykle jsou domluvena na několik měsíců až rok. Klient si pak na základě této zkušenosti je schopen lépe zajistit své další zaměstnání.

8.1.5 Sociální rehabilitace

Když problémový uživatel drog projde celým procesem, který byl popsán v této práci, mohli bychom ho označit za reintegroujícího se člověka do sociálního prostředí. Dále může procházet různými např. vzdělávacími aktivitami apod. a již jen dále prohlubovat své schopnosti a nacházet pro sebe nové možnosti „další etapy svého života“.

Zkusit mohou podporu v pracovní či sociální agentuře, která mu usnadní cestu novým životním stylem bez užívání drog.

8.2 Slovem ke shrnutí teoretické části

Každý člověk má své problémy. Jejich velikost a rozsah záleží často i na tom, jak je vnímá daný jedinec i společnost, v které žije. To co je pro jednoho zásadní, je pro další nicotné a naopak. Lidé, kteří se ocitli „na okraji“ společnosti řeší odlišné záležitosti než většinová společnost. Drogově závislých není málo. Těch opravdu sociálně exkludovaných (i když, jak to optimálně definovat) je již méně a o to méně to společnost zajímá. Dokud se tento problém nedotkne jedince a rodiny konkrétně, málokdy se pojí s pochopením a zájmem.

Díky terénní práci, je možno vyhledat člověka a začít s ním pracovat, na jeho hodnotách a jejich hierarchii. S terénním pracovníkem mohou společně o změně chování uvažovat jako o jiné variantě budoucího života. Primární povinností sociálního pracovníka je usilovat o prevenci vzniku problému, případně o jeho zastavení či alespoň zbrzdění rozvoje. Streetworker by měl navázat s klientem vztah, aby ho mohl vést k přehodnocení jeho sociálně patologického životního stylu a navázat s klientem takový kontakt, který povede ke ztrátě potřeby drogy užívat. Schopnosti dobrého terénního sociálního pracovníka by v tomto směru měly být sofistikované, méně násilné a více účinné. Měly by se pokusit rozsvítit v temnotě lidského bloudění světlo, za kterým by klient s radostí a důvěrou šel a tato cesta by byla pro jeho dobro. Ne v každé lokalitě je navázání potřebných vztahů možné. Na hodně frekventovaných místech, kdy se mění jehly jak na běžícím pásu, není moc času na vytváření kvalitního vztahu. Pracovní postupy terénních pracovníků se dle oblastí a klientely liší. Velký rozdíl je ve stotisícových nebo tisícových městech. To, co je společné je, že pracovník přijde s klientem alespoň do kontaktu. Buď jednorázového. Při dobrém dojmu a kvalitní komunikaci se může prolomit bariéra, kdy se závislý člověk bojí někoho oslovit se svým břemenem.

Metody a postupy v terénní práci s uživateli drog jsou rozsáhlé a v dnešní době již strukturované a efektivní. Stále jsou zde ale hranice, co pro závislé může zkušený pracovník udělat, proti čemuž stojí to, co musí učinit tito lidé sami. Základním pravidlem, které je v součinnosti s prací s uživateli drog a které se měnit nebude je, že klient musí chtít. S absencí základní motivace a chtění se nedá postupovat hned dále. Avšak poukázali jsme si na to, že v celém procesu změny, kterou závislý prochází, může být terénní pracovník s ním. Samozřejmě každá pomáhající profese má případy, kdy se „to nepovede“. Lékař také nemůže každou nemoc vyléčit. Nejsme všemocní. Mnozí na následky užívání drog zemřou a také je tu velké procento těch, kteří se ode dna dokážou nakonec odrazit sami. Někteří zatím prostě pomoci nechtějí, protože snad musí dospět k určitému životnímu bodu. Na tyto aspekty by terénní pracovník neměl klást velký důraz, ale měl by je mít na paměti.

PRAKTICKÁ ČÁST

V průběhu roku 2010, který byl rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, byl pod odborným vedením PhDr. Jaroslavy Šťastné, proveden výzkum úrovně sociálních vyloučení na místní úrovni a strategií jejich překonávání. Jednou ze zkoumaných marginalizovaných skupin byla skupina drogově závislých na Benešovsku. Výstupy z této části výzkumu jsou obsahem praktické části této bakalářské práce. Tento výstup vznikl za podpory Univerzity Karlovy v Praze, Filozofické fakulty z prostředků specifického výzkumu na rok 2009, číslo projektu 224122.

9. VÝZKUM SOCIÁLNÍ EXKLUZE NA MÍSTNÍ ÚROVNI A STRATEGIE JEJICH PŘEKONÁVÁNÍ

Cílovou skupinu výzkumu jsou drogově závislí na Benešovsku, ve výzkumu jsou respondenti blíže specifikováni jako osoby bez přístřeší, užívající návykové látky ve věku 18 - 30 let.

Protože se jednalo o krátký studentský výzkum, šlo spíše o sondáž. Mezi omezení kvality této studie patřilo časové omezení a počet respondentů. Zde můžeme například zmínit, že veřejná správa je dost široká a tak se nakonec ukázalo, že jeden zástupce není příliš vyhovující. Zvláště, když svou práci neumí dostatečně „prodat“ nebo nemá komplexní představu o službách, které jsou (nebo by mohly být) poskytovány cílové skupině.

Celkový plán byl popsán a utvořen v únoru až březnu. Rešerše a kontaktování respondentů se uskutečnilo v dubnu, poté probíhala příprava dotazníků pro strukturované rozhovory v rámci výzkumného týmu a jejich konzultace v rámci setkání výzkumného týmu. Rozhovory strukturovaného rozhovoru s aktéry komunity, byly vedeny od června do srpna. Tyto rozhovory byly pomocí transkripce a interpretací zpracovány do krátkých výstupů v rozmezí září a října. Nakonec byla v průběhu října až listopadu, vypracována závěrečná zpráva a podklady, vč. powerpointové prezentace (Příloha č. 3), pro publikování výstupů na půdě Katedry sociální práce FF UK v rámci otevřeného semináře (19. 11. 2009).

9.1 Účel výzkumu a počáteční otázky

Návrhem kvalitativní studie bylo zaměřit se na projevy sociálního vyloučení drogově závislých osob na Benešovsku. V této oblasti výzkumu byly zkoumaným problémem jejich možnosti, tedy strategie k překonávání této exkluze. Účelem studie bylo provést studentský výzkum a přinést nové pohledy z terénu, které by měly určitý význam pro vědu a praxi sociální práce. Předpokladem přínosnosti výzkumu je rozšíření informací pro potřeby sociální práce a komunitní práce, tj. spolupráci a komunikaci mezi aktéry v komunitě.

Klíčové pojmy, které se vztahují k této problematice jako je sociální vyloučení, exkluze a inkluze již byly podrobně probrány v teoretické části této práce, proto se zde jejich definicí již nezaobírám.

9.2 Hlavní výzkumné cíle pilotáže

Při provádění výzkumu jsem se chtěla pokusit, na základě teoretického rámce a místních pilotáží, zjistit hlavní projevy sociální exkluze a její vnímání vybranou cílovou skupinou. Projevy sociální exkluze jsem sledovala na úrovních: materiální a finanční, sociální, psychické a osobní i politické. Návazným cílem bylo zjistit, jaké strategie volí cílová skupina exkludovaných osob k překonání vyloučení a zároveň, jakou asistenci potřebují aktéři k naplnění strategických kroků k překonání sociálního vyloučení, popř. od koho tuto asistenci očekávají. A poté srovnat tyto strategie se strategiemi dalších zvolených aktérů komunity (veřejné správy, komunitně zaměřených organizací – občanské společnosti). Objasnit se měly kroky, které synergicky posilují úsilí o překonání exkluze různými aktéry, a zjistit kroky, které naopak vedou k mimoběžným a neefektivním intervencím a krokům. Ve výzkumu jsem se zaměřila na identifikaci pozitivních možností a potenciálu, které proces snah o sociální inkluze obsahuje jak zjevně, tak latentně. Poté jsem se na základě zjištěných dat pokusila navrhnout kroky či opatření, které by mohly současnou situaci a sociální problémy zmírňovat či jim v některých případech předcházet.

9.3 Metodologie

Pro hloubkové rozhovory byli vybíráni tzv. komunitní stakeholders (reprezentanti zainteresovaných skupin) a stanovená cílová skupina. Na přípravě postupů a dotazníků se pracovalo v rámci skupinových diskusí výzkumného týmu studentů KSP. Probráno bylo i zohlednění etické problematiky sběru citlivých dat (zachování anonymity).

Pro sběr dat bylo v plánu oslovit předem pomocí e-mailu zástupce veřejné správy (MěÚ Benešov) a zástupce komunity (K-centrum Benešov, Magdaléna, o. p. s.), kde jim byl stručně popsán obsah, průběh a vyhodnocení tohoto výzkumu. Také byli všichni aktéři ujisti o principu anonymity a informováni ze strany výzkumníka o konečných výstupech. Prostřednictvím elektronické pošty tak byly s těmito zástupci stanoveny termíny schůzek pro vyplnění strukturovaného rozhovoru, který byl pro oba zástupce odlišný. Obě ze schůzek trvaly zhruba hodinu. Zástupci respondentů z cílové skupiny pak byli vybíráni z klientů K-centra Benešov, Magdaléna o.p.s. a jeho Terénního programu Benešovsko. Oslovila jsem klienty bez přístřeší, užívající návykové látky ve věku 18 - 30 let. Se zájemci v poměru 5♂:2♀, kteří byli ochotni se na výzkumu podílet, byl vyplněn strukturovaný dotazník (cca. 30 otázek) v časovém rozmezí půl hodiny až jedna hodina. Konkrétní otázky uvádím na konci tohoto dokumentu. Odpovědi byly zapisovány do předem připravených, vytištěných dotazníků. Součástí dokumentace bylo pořizování snímků pomocí digitálního fotoaparátu (např.: fotografie K-centra a squatů).

9.3.1 Metody získávání dat, informací

V tomto kvalitativním výzkumu byla zvolena technika individuálních strukturovaných rozhovorů. Struktura rozhovoru byla připravena pro každou skupinu respondentů zvlášť (vyloučené osoby, zástupce veřejné správy a zástupce komunity).

9.3.2 Identifikace jednotky výzkumu, místa výzkumu

Výzkum byl prováděn na Benešovsku (bývalý okres Benešov). Benešovsko je druhým nejrozlehlejším okresem v Středočeském kraji. Rozkládá se v jeho jihovýchodní části. Okresní město je Benešov (17tis. obyvatel). Rozloha bývalého okresu je cca 1500 km² s 93 tisíci obyvateli. Na Benešovsku je 115 obcí. K počtu obcí a k jejich velikosti se charakterově celý region považuje za venkovský. Benešov je obec s rozšířenou působností, stejně jako Vlašim a Votice. Obce s pověřeným obecním úřadem jsou Týnec a Sázava.

Mezi problémy v Benešově patří, asi jako všude v dnešní době, nezaměstnanost (4,7% srpen 2009), veliké množství heren, vysoké nájemné, chybí NZDM, levné ubytovny či občanská poradna. Průměrný plat v regionu v roce 2006 byl 14 a půl tisíce korun (region s nízkou mzdou). Vyplaceno bylo v tomto roce přes 17 tisíc dávek sociální péče, v celkové sumě 40.559.000 Kč). Nejrizikovější věková skupina obyvatel, kterých se týká ohrožení drogovou závislostí (od 15 do 19 ti) je na Benešovsku cca. 25-30 tisíc osob.

Výběr zástupce komunity byl jednoznačný, protože jediná organizace, která se touto cílovou skupinou zabývá, je benešovské K-centrum, které spadá pod o. p. s. Magdaléna.

9.4 Charakteristika marginalizované skupiny na Benešovsku

Dle realizace Terénních programů pro uživatele návykových látek K-centra Benešov, lze pojmut benešovskou lokalitu jako území okolo bývalého okresního města Benešov u Prahy spolu se styčnými body Vlašim (V), Týnec n/Sázavou(SSZ) a Sázava (J).

Marginalizovaná skupina problémových uživatelů drog čítá dle prevalenčních odhadů (Mravčík V., Zábranský T. 2001) na území bývalého okresu Benešov cca. 250 osob. (V celém Středočeském kraji je to pro srovnání 1700 osob, pro které se realizují 4 terénní programy.) Lidé užívající návykové látky často migrují, zejména do (z) Prahy a okolí. Většinu tvoří muži, věkový průměr je dle dat K-centra 25 let.

Tito lidé přespávají dle ročních období na squatech, v parcích, na nádražích i ve vagónech, na drogových bytech, minimálně na ubytovnách. Mezi nejčastěji užívané návykové látky patří pervitin, dále nelegálně Subutex, popř. Heroin. Tyto drogy jsou nejčastěji aplikovány nitrožilně. Primární drogy jsou doplněny užíváním THC, LSD, alkoholu, těkavých látek atd. Osobnost závislého byla podrobně popsána již v první části této práce.

Tato ohrožená skupina je dle mého názoru kvůli problému užívání drog, na svém okraji společnosti více sama, než jiné marginalizované skupiny. Dovolím si říct, že je to téma, kterého by se většinová společnost snad nejraději nějak zbavila. Formy intervence jsou obecně považovány za složky, které napomáhají narkomanům, co si za to mohou sami a podporují je v jejich situaci. Setkala jsem se často s tím, že lidé vychází z hypotézy, že zrušíme-li K-centra, nebudou ani narkomani. Každý pracovník by se proto kromě jádra své práce měl zajímat i o to, jak komunikovat s veřejností a tento společenský jev spolu se strategiemi překonávání, vhodně prezentovat v médiích apod.

Tuto cílovou skupinu znám ze svého osobního i profesního života. Dva roky jsem pracovala v kontaktním centru na pozici koordinátora terénních programů. Klienti mne znají, takže nebyl problém, navázat s nimi kontakt a požádat je o chvilku času k vyplnění dotazníku (pozn.: kupodivu za to nikdo z nich nic nechtěl). Zástupci komunity jsou mými kolegy a s osobou ze státní sféry také nebyl ohledně spolupráce na výzkumu komunikační problém.

9.5 Instituce veřejné správy

V bývalém okresním městě funguje Městský úřad Benešov, na kterém v sociální oblasti působí odbory sociálních věcí (ve výzkumu zástupce státní správy), jejichž náplní je také práce s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Odbory zajišťují zejména, sociálně právní poradenství a vyplácení dávek státní sociální podpory (např. dávky hmotné nouze). S osobami ohroženými sociálním vyloučením pracuje sociální kurátor.

Ze státní sféry v Benešově také působí pod MPSV pobočka úřadu práce, která zajišťuje podporu v nezaměstnanosti, nabídky práce a rekvalifikace. Ze státních institucí se s cílovou skupinou výzkumu setkává také Městský soud Benešov a Probační a mediační služba ČR, která pomáhá těmto lidem např. s výkonem obecně prospěšných prací či dohledem.

9.6 Občanská společnost a její organizace

Jedinou organizací, která se na Benešovsku zabývá problematikou závislostí, je K-centrum Benešov, Magdaléna, o.p.s., organizace pro prevenci a léčbu závislostí (se sídlem mimo Benešovsko). Dříve spadalo K-centrum pod město Benešov. Od roku 2007 je pod o.p.s. Nyní provozuje služby kontaktní místnosti, terénní programy, poradenství a psychoterapii. Jak často jsou vyloučení klienty K-centra nelze specifikovat. U části klientů se může jednat o zakázku prvního kontaktu, u některých klientů je to pak v rámci procesu, kterým procházejí, může jít o rok, dva i více. Služby K-centra Benešov (Kontaktní centrum a Terénní program Benešovsko) využije ročně cca. 200 klientů. V poměru 3:1 (m:f), s průměrným věkem 24 let. V loňském roce mělo KC 73 prvokontaktů, z toho ne všichni jsou problémoví uživatelé drog, někdy se jedná o rodiče, či blízké osoby a experimentátory.

9.7 Hlavní výzkumné otázky

Zpočátku bylo potřeba rozvinout linii klíčových problémů. Stanoveny byly základní body, kterých se obsah výzkumu měl držet. Tyto body měly podobu následujících otázek:

Jaké jsou projevy sociálního vyloučení a názory na ně podle jednotlivých komunitních aktérů? Kde a v čem se pohledy a názory na projevy exkluze jednotlivých komunitních aktérů shodují? Kde a v čem se pohledy a názory na projevy exkluze jednotlivých komunitních aktérů odlišují? Jaké jsou strategie překonávání sociální exkluze podle jednotlivých komunitních aktérů? A jaké jsou reálné možnosti překonání podle jednotlivých aktérů?

Pro účely tohoto výzkumu byly poté sestaveny 4 následující hlavní výzkumné otázky. Jaké jsou hlavní aspekty (projevy, vnímání, atd.) sociálního vyloučení jednotlivých zástupců cílových skupin? A to na úrovni materiální (finanční, ekonomické), sociální, psychického a osobnostního růstu a poslední úroveň byla politická reprezentace této skupiny. Dále jaké jsou hlavní potřeby osob a co by jim pomohlo překonat sociální vyloučení? Jaké jsou strategie překonávání sociální exkluze? A nakonec jaké jsou potenciály k řešení situace (náměty výzkumníka)?

Aby se mohlo zodpovědět na stanovené výzkumné otázky, byly vypracovány konkrétní dotazníky, rozdílné pro jednotlivé aktéry. Uvádím zde kompletní seznam otázek.

Pro **cílovou skupinu** byly následující:

1. Máte zaměstnání? Co jste dělal/a předtím? Popř. Jak dlouho jste nezaměstnaný?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Existují pro Vás nějaké překážky, které Vám brání v pracovním začlenění?
4. Je pro Vás těžké dostat práci?
5. Neuvažujete o nějakém rekvalifikačním kurzu?
6. Kde právě bydlíte? Jaké jsou s tím spojené náklady?
7. Jaké máte finanční zdroje? Na co je využíváte, na co stačí a na co naopak dle Vás chybí?
8. Stýkáte se s rodinou? S kým? Jak často? Jaké jsou důvody v případě, že ne?
9. Kdo jsou Vaši přátelé (můžete se na ně spolehnout)? Kolik jich kolem sebe máte? Máte partnera/partnerku?
10. Navštěvujete nějaké kulturní akce v této lokalitě?
11. Jaké jsou Vaše společenské / kulturní aktivity?
12. Zajímáte se o dění v lokalitě?
13. Čtete nějaký regionální tisk?

14. Znáte někoho, kdo se zabývá drogovou problematikou? Myslíte, že se o této problematice dostatečně hovoří? Víte o něčem, co by se mělo v legislativě změnit?
15. V jaké jste nyní situaci? Co je na Vaší situaci nejhorší? (bydlení, dluhy, závislost, zdravotní problémy...)
16. Vnímáte se jako někdo, kdo žije na okraji společnosti? Co na to vnímáte jako + a - ? Jak dlouho v této pozici žijete?
17. Kdybyste se začal/a z této situace dostávat, co byste měl/a dle Vás začít dělat jako první?
18. Co by Vám nejvíce pomohlo? Může Vám někdo pomoci (fyzická osoba/organizace, stát)?
19. Co byste si chtěl/a zařídit/vyřídit? (občanský průkaz, splátkový kalendář, testy,...)
20. Využíváte nějakých sociálních služeb nebo úřadů a legislativy? V čem Vám pomohly?

Otázky pro **zástupce veřejné správy** zněly:

1. Jaké existují programy a projekty určené pro práci s touto cílovou skupinou (organizované veřejnou správou; znáte provázanost sítě sociálních služeb na Benešovsku)?
2. Vydali jste/připravujete nějakou publikaci, kde se řeší téma sociální exkluze nebo přímo sociální exkluze drogově závislých?
3. Je toto téma dostatečně/adekvátně řešeno v médiích a v politice?
4. Je dle Vás toto téma nějak bulvarizováno?
5. Jste s touto skupinou obyvatel v kontaktu? Upozorňuje Vás někdo na tuto problematiku?
6. Cítíte, že je tato skupina obyvatel nějakým způsobem vyloučena ze společenského života?
7. Vnímáte nějaké známky toho, jak se většinová společnost staví k této problematice?
8. Je dle Vás nějaký efektivní způsob, který by dokázal řešit tuto problematiku (policie, práce s rodinou,...)?
9. Je něco, co na jejich situaci těžko chápete nebo co naopak ano?
10. Existuje nějaký komunitní plán rozvoje sociálních služeb či jiné dokumenty o dané skupině?
11. Jak se v něm řeší práce s vybranou cílovou skupinou?
12. Jak jsou tyto plány finančně zabezpečeny?

Poslední soubor otázek byl pro **zástupce komunity**:

1. Jakým způsobem pomáháte klientům dostat se na trh práce? Nabádáte je k nějakým řešením, díky kterému by se vypořádali s dluhy?
2. Pomáháte jim znovu-navazovat sociální kontakty a najít si bydlení?
3. Jaké informace poskytujete těmto klientům ze sociální oblasti?

4. Přicházejí často klienti s požadavkem o pomoc s vyřízením potřebných dokladů, OPP či jinými potřebami, které souvisí s jejich sociální exkluzí?
5. Jak je tato problematika či cílová skupina dávána z Vaší strany do podvědomí veřejnosti?
6. Komunikujete se státní správou či jinými orgány?
7. Kde jsou možné vidět písemné výstupy z Vaší práce s drogově závislými?
8. Vidíte nějaký problém v síti sociálních služeb, které by takový klient mohl v této lokalitě/komunitě využívat?
9. S jakými potřebami přichází tato skupina klientů nejčastěji?
10. Jak dlouho dochází průměrně do K-centra?
11. Kolik nových klientů každoročně máte?
12. Jaké jsou metody a postupy v této práci?
13. Máte na závěr nějaké doporučení/vizi pro to, co dělat, aby sociálně exkludovaných nepřibývalo?

9.7.1 Výstupy z výzkumu dle jednotlivých úrovní sociálního vyloučení

Podíváme-li se na pohledy aktérů na **materiální a finanční úroveň**, vidíme, že zástupcům cílové skupiny chybí vyřízené doklady, což často mnohé z nich brzdí v dalším postupu. Chybí jim stálé bydlení. Přespávají dle ročních období na různých místech, jako jsou squaty, parky, vagóny, drogové byty apod., ubytovny využívají minimálně (ty vyjdou okolo 4-5 tisíc měsíčně a nejedná se – dle slov dotazovaných – o žádný komfort).

Jsou dlouhodobě bez zaměstnání, když nějakou práci mají, je většinou krátkodobá a tzv. na černo, takže jim stále narůstají dluhy na povinném sociálním a zdravotním pojištění. Respondenti se v podstatě shodli, že je pro ně velmi těžké sehnat práci. Někteří tvrdili, že je to pro ně téměř nemožné. A to hlavně získat legální práci. V min. případech mají nárok na využívání některých z dávek. Dotazovaní zástupci cílové skupiny mají k dispozici různé finanční částky. Vyskytují se případy, že mají několik set denně, bývá to však i méně, mnohdy v řádech korun. Jejich nedostatečné příjmy jim postačí na předměty rychlé spotřeby, jako je jídlo, tabák nebo návykové látky. Mnoho z ostatních věcí (oblečení) si běžně opatřují nelegálními způsoby. Bydlení je většinou bez nákladů, ale také bez elektřiny, vody a jiného vybavení. Většina z nich má vysoké dluhy, které jim stále narůstají kvůli neplacení povinného pojištění, půjčkám či pokutám (za krádeže, jízdy bez jízdenky, „pobyt“ na záchytce apod.). Tento problém však neumí řešit. Nezvládnou si nic ušetřit a ani splátkové kalendáře nejsou často reálné právě z důvodu nestálých finančních příjmů.

Zástupce komunity, tedy kontaktní centrum pak reaguje na potřeby klientů. Ty je především potřeba motivovat a pomoci jim s vyřízením dokladů, předkládat jim nabídky práce, umožnit telefonický či elektronický kontakt nebo jim nabídnout asistenci při jednání s úřady např. u nárokování dávek. V případě zájmu jim pracovníci K-centra pomáhají při písemné komunikaci např. při řešení dluhové problematiky.

Dle zástupce veřejné správy mohou tito lidé využít státní sociální podpory, konkrétně jsou jim nejčastěji poskytovány dávky v hmotné nouzi. Také se samozřejmě mohou registrovat na úřadu práce.

Jakousi shodu tedy pozorujeme v potřebě práce a finanční podpory a možnosti využití nabídky práce a čerpání dávek. Na druhé straně je pro cílovou skupinu nesnadné a nákladné vyřídit si potřebné doklady a najít si vhodné bydlení, na které by měla prostředky.

Od zástupce Probační a mediační služby v Benešově, která není v tomto výzkumu zástupcem státní správy, vzešla připomínka, že by pomohlo, kdyby zaměstnanci nemohli vyžadovat výpis z rejstříku trestů, zároveň však uvádí, že je to jejich právo. Také uvádí, že je v této lokalitě nedostupná veřejně prospěšná práce.

Dále zde máme pohledy na **sociální úroveň**, kde u cílové skupiny zjišťujeme, že v sociálních vztazích těchto osob panuje velká nedůvěra, časté neshody a podvody. Povrchní vztahy jsou i mezi partnery, téměř denně se vyskytují hádky o drogy a o drogách apod. Často se pohybují ve dvojicích, protože se jim tak lépe shánějí věci a „dělají peníze“.

O ty se potom často dělí (jako i o jiné věci). Můžeme říct, že se většina nemá o koho opřít. S rodinou udržují sporadické kontakty párkrát do roka (občasné telefonáty), někde jsou však tyto vazby dlouhodobě až trvale rozvráceny. V rodině také často nacházíme aspekty původu exkluze cílové skupiny jako je alkohol, úmrtí, vyhození z domu, výchovné problémy apod. Jejich současný život se neskládá z věcí či činností běžných pro většinovou populaci. Někteří podotkli, že je společnost „izoluje“ už pouhými pohledy, nálepkováním a a priori odmítáním. Tito lidé jsou většinou neschopní najít si práci. Kromě nízké motivace jim v tom brání nedostatečné vzdělání (většina respondentů dosahovala základního a ne/dokončeného vyučení, jeden měl středoškolské vzdělání) a praxe i zápisy v rejstříku trestů. Dostupné rekvalifikační kurzy se jim nezdají být vhodné, nevyužívají je. Společenských akcí a kulturním aktivitám nevěnují čas ani finanční prostředky. Většina z nich je příznivcem techno hudby a kultury. Tyto akce bývají zdarma. Co se týká jiného kulturního vyžití, tak si maximálně občas něco nakreslí nebo koukají u někoho na filmy.

Do společenských akcí mnozí zařadili popíjení s jim podobnými lidmi. Většinu času tráví se známými z ulice a squatu, kteří jsou alkoholici, narkomani, bezdomovci a lidé v podobných situacích s převážně krátkodobými denními cíli jako je shánění peněz a následné utracení nebo někam dojet. O dění v lokalitě se nezajímají, tisk využívají převážně jen k četbě inzerátů a nabídek práce.

Pracovníci K-centra zjišťují aktuální situaci klientů a v případě nesrovnalostí s veřejnými či soukromými subjekty, zrcadlí dotyčnému jeho situaci a snaží se ho motivovat k aktivnímu řešení daného problému. Pakliže se klient neorientuje v síti služeb, pomáhají mu pracovníci zprůhlednit a zpřehlednit danou oblast. Také své klienty motivují ke komunikaci s rodinou a příbuznými. Také konstatují, že jsou klienti v nepříznivé sociální situaci a v kontaktním centru si alespoň budují či udržují sociální a hygienické návyky, které nejsou příliš silné. Dodávají, že u nich často klienti využívají možnosti výkonu obecně prospěšných prací.

Dle slov zástupce veřejné správy se téma sociální exkluze a drogově závislých v komunitním plánu neřeší. Jeho názorem je, že by pomohlo, kdyby se více komunikovalo s rodinou.

A to je i shoda, kterou zaznamenáváme u všech zástupců tohoto výzkumu. Zajímavostí pro mne bylo, že se výrazně lišily názory respondentů cílové skupiny v otázce jejich pohledu na svou vyloučenost. Stávalo se, že ti dle mého názoru vyloučenější se tolik za okrajovou skupinu nepovažovali a naopak. Zde můžeme dodat, že mí respondenti se na ulici pohybují většinou v rozmezí dvou až sedmi let.

Nyní se dostáváme k pohledům na **úroveň osobní a psychickou**. Uživatelé drog uvádějí, že se svou situací nejsou převážně spokojeni, ale nevědí, co mají konkrétně začít dělat. Také nenachází důvod, který by je dostatečně motivoval. Nemají kvůli komu nebo čemu se začít měnit. Často uváděli, že nevěří tomu, že by to mohlo být lepší. Z jejich odpovědí typu „až to bude, tak to bude“ nebo „nějak to dopadne“. To, že nevstanou a nejsou schopni chodit včas, vyplývá, že mívají posunuté hranice. Na jejich současném životě se jim líbí určitá forma svobody a volnosti, které jsou však vykoupeny omezeními pro běžný život. Mnohým chybí vlastní zázemí s postelí, teplou vodou apod. Mnohým z nich již začíná chybět „pohodlí“. Život na ulici je dlouhodobě psychicky špatně udržitelný. K jejich situaci nepřispívá ani zhoršený zdravotní stav (bez prevence; špatné stravování; rizikový styl života). Lékařskou pomoc vyhledávají mnohdy až v krajních případech.

Zástupci komunity jim pomáhají tím, že s nimi jednají s rovným přístupem a mluví s nimi o problémech, se kterými by se jinak nemohli nikomu svěřit. Zástupce K-centra uvádí, že tito lidé dostávají pochopitelně špatný příklad ze svého okolí a dostávají se tak do stagnace a rezignace. S tím souvisí i problémy s hodnotovou orientací. Žijí rizikovým stylem života a mnozí z nich mají opravdu problémy s drogami. Obojí tak přispívá ke špatnému psychickému i zdravotnímu stavu. Pracovnice K-centra také uvádí, že mnohým z nich by pomohla nějaká forma terapie či jiné odborné intervence.

Zástupce veřejné správy pocítují osobní vyloučení těchto osob tak, že kolem nich chodí, např. když jdou z práce a vidí je často na ulici. Také dostávají negativní reakce od veřejnosti kvůli vandalství a krádežím. Zástupce však dodává, že jinak toto téma nikdo moc neřeší.

Jistou shodou se nám zde tedy jeví potřeba motivace a podpory těchto lidí naopak neshodou v těchto bodech je, že kromě zástupců komunity se o tyto lidi zajímají hlavně osoby, které mají s touto problematikou osobní zkušenost.

Tito lidé bývají se svou situací smíření a často také své problémy nevidí. Dlouhodoběji to s nimi nikdo neřeší.

O politickou reprezentaci dotazovaní z cílové skupiny nemají zájem ani se nechtějí nijak angažovat. Z drogové problematiky znají jen K-centrum. Všeobecně nedůvěřují politikům, myslí si, že dokud se to osobně někoho netýká, tak nikdo nic neřeší. Jejich odpovědi se shodovaly v otázkách legalizace marihuany a všeobecně mírnějších trestů za méně závažné činy.

O činnostech K-centra a jeho klientech je odborná i neodborná veřejnost informována prostřednictvím médií, tiskových zpráv, příspěvků na konferencích apod. Dle dotazovaných pracovníků je toto téma málo zastoupeno.

Od zástupce státní správy víme, že z jejich strany žádná publikace na toto téma není vydána a nechystá se. Dodal však, že tato problematika není dostatečně zmiňována v médiích. A když, tak jen pod zmínkou bulvární situace.

Všichni se tedy určitým způsobem shodli na tom, že je to v široké veřejnosti bulvární téma a neshoda panuje v tom, kdo tedy bude v této lokalitě téma prezentovat.

Z toho nám vyplývá zajímavost, že adekvátnější reprezentace chybí, avšak většina to pouze konstatuje.

9.8 Zobecnění a shrnutí výzkumu

Výzkum vypovídá o komunitní situaci sociálně vyloučených osob i jejich sociálního okolí. Především řádky nám podrobně popsaly výstupy, které jsme díky výzkumu dostaly. Z údajů mohu jako výzkumník navrhnout potenciální možnosti k překonání sociální exkluze i doporučit některá z možných zlepšení situace v dané komunitě či v obecnějším měřítku, především pro obor sociální práce.

V následujících výstupech studie najdeme odpovědi na výzkumné otázky, které nám při provádění výzkumu mohly přijít na mysl k uvažování. Určitě jsme se dostali k tomu, jaké v danou dobu existují nástroje sociální integrace a jak jsou efektivní při uplatňování v konkrétní lokalitě. Vyplynuly nám také potřeby pro zlepšení těchto nástrojů.

9.9 Výstupy a shrnutí studie

Protože tito lidé postupují po malých krocích, je důležité myslet na detaily a drobnosti jako je např.: bezplatné zhotovení dokladů, bez sankcí, s nějakou fotoslužbou. Potřebné jsou vhodné pobytové služby pro tuto skupinu obyvatelstva a dostupná nekvalifikovaná práce, popř. možnost veřejně prospěšných prací. Nejlepším řešením by samozřejmě byla práce s ubytováním. Např. v severských zemích existují dotovaná pracovní místa v rámci zařízení pro dlouhodobě závislé bez domova. U nás existující pracovní a sociální agentury však nejsou pro stávající uživatele drog. Stejně jako doléčovací programy, které navracejí zpět do „normálního života“. Myslím si, že se u nás obecně přeceňuje abstinence jako jediný možný cíl léčby. Současná Národní protidrogová strategie také počítá se snižováním ekonomických, zdravotních a sociálních dopadů pro uživatele, které se rozhodli žít bez drog, přestože Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost uznává, že sociální reintegrace je nezbytná složka komplexních protidrogových strategií, kterou lze aplikovat v jakékoli fázi užívání drog.

Mezi nástroje sociální integrace bychom mohli uvést práci K-centra Benešov a jeho terénních programů. Stávající pomoc jeho pracovníků je dobrá a o minimálně z toho důvodu, že zde alespoň toto zařízení můžeme nalézt, neboť je opravdu jediné v celém regionu. Pomohla by rozsáhlejší komunikace v rámci sociální sítě pro tuto cílovou skupinu mezi jednotlivými subjekty (např. s PMS Benešov či úřadem práce). Neexistuje zde žádná skupina, která by tento problém pojímala komplexně z pohledu multidisciplinárního týmu. Určitě by se pracovníci měli zaměřit na větší podíl sociální práce a poradenství, protože uživatel nemá mnohdy představu, jak svou situaci překonat.

Pro kvalitnější výstupy z případných projektů státních institucí, by přispěl fakt, kdyby se komunitního plánování účastnilo více odborníků (i „externích“), vč. koordinátora, který dané problematice rozumí. Uživatelé drog nevědí o možnostech, nemají dostatečné informace ani přehled. Přímé dotazování klientely má význam tehdy, dáme-li konkrétní návrhy na výběr. Pomohlo by i více angažovanosti ze strany státní správy v základní orientaci tohoto jevu a cílové skupiny. V mé praxi mi také jako pracovníkovi chyběla možnost pro tyto lidi jít se poradit přímo s odborníkem ohledně splácení dluhů.

Nakonec se musíme vrátit k tomu, že je třeba větší míry informovanosti ve smyslu jasných, srozumitelných a dostupných informací pro uživatele služeb i pro veřejnost, pro kterou je i v dnešní době toto téma do jisté míry tabuizované. Poslední, velmi důležitou složkou překonávání exkluze drogově závislých je samozřejmě finanční podpora K-centra a dalších zařízení se službami pro tuto cílovou skupinu. Určitě je potřeba finance zvýšit, ale důležitější snad dnes je, aby jich alespoň neubývalo a nehrozilo, že i ty minimální stávající integrační prvky zaniknou.

ZÁVĚR

Předešlé stránky shrnovaly problematiku sociálního vyloučení osob, které jsou ohroženi drogovou závislostí. Podrobně jsou popsány metody sociální práce napříč sociální sítí pro uživatele drog. Od přímé práce na ulici, po pracovní a sociální agentury.

Docílilo se komplexního pojetí tématu, od samotného uživatele, přes formy současné pomoci, k přímým návrhům na možné zlepšení intervence pro strategii překonávání sociálního vyloučení těchto osob. K formování podkladů pro strategie dopomohly informace získané od jednotlivých komunitních aktérů, ale i široká teoretická základna.

Výzkum zmapoval aktuální potřeby a možnosti respondentů na místní úrovni v otázkách vyloučení na různých úrovních. Shrňme-li si faktory, které by dle jednotlivých aktérů výzkumu pomohly k překonání exkluze osob bez přístřeší, užívající návykové látky na Benešovsku, dostaneme se k tomu, že sami vyloučení by potřebovali mít silnou motivaci, aby měli sílu začít svou situaci měnit. Mnozí z nich by si přáli setkávat se s rodinou a jinými blízkými. Ve většině případů by si chtěli vyřídit potřebné doklady, najít si legální práci, popř. začít splácet dluhy. O tom si potřebují většinou s někým promluvit, poradit se či požádat o pomoc. Zde najde prostor pro zkvalitnění profesního působení existující K-centrum.

Marginalizované osoby potřebují začít řešit svou ekonomickou stránku. Nutné je získat zaměstnání a s tím související příjem, díky kterému si budou moci dovolit platit nájem. Samozřejmě si potřebují najít vhodné bydlení, protože bez zázemí se jim hůře plní pracovní povinnosti. Pro poslední body zde chybí zmíněné agentury, které kladou důraz na resocializaci a integraci osob znevýhodněných na trhu práce. I ty se ale zaměřují na pracovní uplatnění již „vyloučených“ uživatelů drog. Pro stávající, byť stabilizované uživatele žádné služby, které by jim pomohly se zlepšením životní situace, nejsou.

Po důkladném prozkoumání všech potřebných oblastí by se také dalo uvažovat o vzniku sociálního podniku, který by se pokusil najít pracovní uplatnění vhodné i pro tuto skupinu osob, které mají zkušenost se závislostí na návykových látkách a jsou ohroženi sociálním vyloučením nebo již sociálně vyloučené jsou. Myslím, že by tento typ aktivit mohl být v Benešovském regionu se svým zaměřením průkopníkem a při vhodně zvolené podnikatelské činnosti (např. v zemědělství či lesnictví) může mít potenciál pro vytvoření a zachování pracovních míst. To je však předmětem až pro případný navazující výzkum.

S výstupy výzkumu byli seznámeni nejen zúčastnění aktéři, ale využili je již někteří studenti či praktikanti K-centra pro své studium. Dostupné byly také, jak bylo již uvedeno, pro účastníky otevřeného semináře na půdě Katedry sociální práce FF UK v Jinonicích (prezentace viz. Příloha č. 3) a také čtenářům odborného časopisu Sociální práce.

Použitá literatura

Bednářová, Z., Pelech, L.: Sociální práce na ulici Streetwork.
Brno, Doplněk 1999, ISBN 80-7239-048-1.

Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese.
Praha, Portál 2006, ISBN 80-7367-181-6.

Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (eds.): Sociální práce v praxi.
Praha, Portál 2005, ISBN 80-7367-002-X.

Mareš, P.: Sociologie nerovnosti a chudoby
SLON, Praha 1999, ISBN 80-85850-61-3

Miller, W. R., Rollnick S.: Motivační rozhovory, příprava lidí ke změně závislého chování.
Tišnov, SCAN 2003, ISBN 80-86620-09-3.

Nedělníková, D. a kol.: Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce.
Ostravská univerzita v Ostravě 2005.

Nešpor, K.: Návykové chování a závislost.
Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-267-6.

Autorský tým ČHV: Život (Praktický průvodce sociálními otázkami).
Praha, Český Helsinský výbor 2005, ISBN 80-86436-16-0.

Internetové zdroje

www.cs.wikipedia.org/wiki/Chudoba

www.drogovaporadna.cz

www.mpsv.cz

www.emcdda.eu

Další zdroje

Manuál Terénního programu Benešovsko, K-centrum Benešov, Magdaléna, o.p.s.

Podrobná závěrečná zpráva Meziresortní protidrogové komise vlády ČR.

- Prevalenční odhad PUD v ČR, Mravčík V., Zábranský T., Praha, 2001.

Publikace České asociace streetwork: Kontaktní práce. Praha, NVF 2007.

Seminář: Síť adiktologických služeb pro závislé ve Středočeském kraji, drogová scéna, trendy

- PhDr. Pavla Doležalová, 2009 – (Tabulka č. 1) - Mravčík et al., 2008.

Přílohy

Příloha č. 1: In-come

Příloha č. 2: Individuální plán

Příloha č. 3: Powerpointová prezentace k výstupům z výzkumu

Příloha č. 1: In-come

IN-COME DOTAZNÍK											
I.	Datum kontaktu / místo	<input type="text"/>		II.	Kód klienta	<input type="text"/>					
III.	Pohlaví	<input type="checkbox"/> 1	Žena	<input type="checkbox"/> 2	Muž	IV.	Rok narození	<input type="text"/>			
V.	Státní příslušnost	<input type="checkbox"/> 1	Česká republika	VI.	Etnická příslušnost	<input type="checkbox"/> 1	Ne-Romská				
		<input type="checkbox"/> 2	Jiné – EU (vypsat)			<input type="checkbox"/> 2	Romská				
		<input type="checkbox"/> 3	Jiné – non-EU (vypsat)			<input type="checkbox"/> 3	Nesledováno				
		<input type="checkbox"/> 4	Neznámo								
VII. A. Bydlení		<input type="checkbox"/> 1	Sám	VII .C. Bydlení		<input type="checkbox"/> 1	Doma (u rodičů)				
(s kým klient žije)		<input type="checkbox"/> 2	S rodiči/rodinou	(kde klient žije)		<input type="checkbox"/> 2	Vlastní byt (i pronajatý)				
		<input type="checkbox"/> 3	S přáteli			<input type="checkbox"/> 3	Cizí byt				
		<input type="checkbox"/> 4	S partnerem			<input type="checkbox"/> 4	Ubytovna (hotel...)				
		<input type="checkbox"/> 5	S partnerem a dítětem			<input type="checkbox"/> 5	Squat				
		<input type="checkbox"/> 6	Sám s dítětem			<input type="checkbox"/> 6	Kasárna				
VII. B. Žije klient s osobou užívající drogy?		<input type="checkbox"/> 1	Ano			<input type="checkbox"/> 7	Bez domova, na ulici				
		<input type="checkbox"/> 2	Ne								
VIII. Zaměstnání/škola		<input type="checkbox"/> 1	Pravidelné zam.	IX. Vzdělání		<input type="checkbox"/> 1	Základní				
		<input type="checkbox"/> 2	Škola			<input type="checkbox"/> 2	Vyučen				
		<input type="checkbox"/> 3	Příležitostná práce			<input type="checkbox"/> 3	Střední s maturitou				
		<input type="checkbox"/> 4	Registrován na ÚP			<input type="checkbox"/> 4	Vyšší odborné				
		<input type="checkbox"/> 5	Bez zaměstnání			<input type="checkbox"/> 5	Vysokoškolské				
		<input type="checkbox"/> 6	Dávky SZ			<input type="checkbox"/> 6	Neukončené zákl.				
X.	Vyšetření HIV	<input type="checkbox"/> 1	Testován	XI. Vyšetření hepatitidy		<input type="checkbox"/> 1	Testován				
		<input type="checkbox"/> 2	Netestován			<input type="checkbox"/> 2	Netestován				
		<input type="checkbox"/> 3	Nevyzvedl výsledek			<input type="checkbox"/> 3	Nevyzvedl výsledek				
		<input type="checkbox"/> 4	Neznámo			<input type="checkbox"/> 4	Neznámo				
XII.	Dříve léčen	<input type="checkbox"/> 1	Ano	<input type="checkbox"/> 2	Ne	XIII.	Nyní léčen	<input type="checkbox"/> 1	Ano	<input type="checkbox"/> 2	Ne
XIV.	Okres	<input type="text"/>			Vyplnil pracovník:						
XV.	Kraj	<input type="text"/>			<input type="text"/>						

droga	aplikace	četnost	první užití (věk)	první i.v. užití (věk)	způsob prvního užití	první neleg. droga	primární droga	poznámka
12								
13								

rizikové chování	minulost		současnost		nikdy	neznámo
	jednorázově	opakovaně	jednorázově	opakovaně		
i.v. aplikace						
sdílení jehel						
sdílení náčiní						
riziková aplikace						
předávkování						
nechráněný sex						
zdravotní komplikace						

KÓDY DROG

1. Heroin
2. Braun (opiáty domácí výroby, kodein)
3. Pervitin, jiné amfetaminy
4. Kokain, Crack
5. Speedball
6. Metadon – legálně
7. Metadon – ilegálně
8. Extáze
9. Medikamenty (barbituráty a jiná sedativa)
10. Inhalací látky, ředidla

11. THC
12. Alkohol
13. Cigarety
14. Jiné (specifikujte)
15. Subutex – legálně
16. Subutex – ilegálně

ČETNOST

1. méně než 3x měsíčně
2. 1x týdně
3. víkendově
4. obden
5. denně
6. 2-3x denně
7. více než 3x denně
8. neužitá déle než 6 měsíců
9. neužitá v posledních 6 měsících
10. neužitá v posledních 3 měsících
11. neužitá v posledním měsíci

APLIKACE

1. injekčně do žíly
2. injekčně do svalu
3. ústně
4. sniff (šňupání)
5. kouření
6. inhalace rozpouštědel

Příloha č. 2: Individuální plán

Individuální plán

1/ Snižování zdravotních a sociálních rizik (program HR)

- snižování rizik sebepoškozování
(např. pravidelná výměna jehel, z i.v. aplikace na „šňupání“ aj.)
- ke snižování dávek
- motivace k substituční léčbě
- zajištění soc. a zdr. pojištění
- řešení dluhů, přestupků...
- motivace k návštěvě lékaře, k léčení svých neduhů
- (pohlavní choroby, záněty, mykózy, abscesy, ošetření zubů)
- eliminace rizikového sexu

2/ Motivace k léčbě

- Poradenství
- AT ambulance
- Detox
- Svépomocné skupiny
- Krátkodobý pobyt PL
- Terapeutická komunita
- Následná péče – doléčování
- Prevence relapsu
- Chráněné bydlení
- Podporované zaměstnávání
- Psychiatrie
- Psychoterapie

3/ Práce s rodinnými příslušníky a partnery

- Poradenství
- Rodinná terapie
- Párová terapie

4/ Podpora v těhotenství

- motivovat k životním postojům, které posílí matku, neublíží plodu, dítěti
(nezatajovat graviditu, směřovat k návštěvě lékaře, popř. využít baby box, adopci)
- motivace vytváření pohody a bezpečí ve vztahu matka - dítě – otec - domov

5/ Jiné:

Dne: Jméno, kód, podpis :.....

Příloha č. 3: Powerpointová prezentace k výstupům z výzkumu

DROGOVĚ ZÁVISLÍ NA BENEŠOVSKU



Osoby bez přístřeší, užívající
návykové látky
18 až 30 let



- * 93 tisíc obyvatel /115 obcí (venkovský region)
3 obce s rozšířenou působností (Benešov, Vlašim, Votice)
- * Zástupce komunity: K-centrum Benešov, Magdaléna o.p.s.
Cca. 200 klientů ročně, Ø věk 24 let, poměr 3:1

Aspekty výběru:

- * Kontaktní/terénní pracovník K-centra BN spec. Terénní programy pro uživatele drog na Benešovsku.
- * Vhodný výzkum pro bakalářskou práci.



Pohledy na úroveň materiální a finanční

Zástupce cílové skupiny	Zástupce místní komunity	Zástupce veřejné správy	Shody x Neshody	Zajímavosti
<ul style="list-style-type: none"> • Nevýřízené doklady. • Bez stálého bydlení (squat...). • Bez práce. • Nedostatečné a nestálé příjmy. • Dávky minim. • Dluhy (poj., pokuty, půjčky.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reakce na potřeby klientů: • Pomoc s doklady. • Nabídky práce, kontakty a motivaci. • Asistenci na úřadech (dávky). • Pomoc při písemné komunikaci (dluhy). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mohou využít: • Odbor sociálních věcí a zdravotnictví. • -Dávky státní sociální podp. • Registraci na úřadu práce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Možnost dávek. • Potřeba a nabídka práce. <li style="text-align: center;">X • Vyřizování dokladů. • Nedostupné vhodné bydlení. 	<ul style="list-style-type: none"> • PMS – nedostupnost výkonu VPP; pomohla by změna legislativy (neprověřování zaměstnanců.)

Pohledy na úroveň sociální

Zástupce cílové skupiny	Zástupce místní komunity	Zástupce veřejné správy	Shody x Neshody	Zajímavosti
<ul style="list-style-type: none"> • Sociální vztahy špatné (squat), povrchní. • Nefungující rodina. • Neschopnost najít si práci. • Většina času se známými a řešení krátkodobých cílů. • Nezájem o dění. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba motivace ke komunikaci s rodinou a příbuznými. • Nepříznivá sociální situace. Nutné budování sociálních a hygienických návyků. • Možnost výkonu trestu OPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Komunitní plán existuje, ale téma sociální exkluze a drogově závislých zde není řešeno. • Mělo by se komunikovat s rodinou. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Shoda</u>: Pomohla by komunikace s rodinou. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozdílné subjektivní pohledy na jejich vyloučenost. • Život „na okraji“ od ½ r. (cca. 2 až 7 let)

Pohledy na úroveň psychickou a osobní

Zástupce cílové skupiny	Zástupce místní komunity	Zástupce veřejné správy	Shody x Neshody	Zajímavosti
<ul style="list-style-type: none"> • Bývají nespokojení ale nevědí, co dělat. • Mnohdy ztráta naděje a motivace (proč a kvůli komu?). • Posunuté hranice (časové, odpovědnost) • Život bez příkazů X omezení možností pro běžný život. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jednání s rovným příst. • Možnost mluvení o problémech. • Špatní příklad ze svého okolí - stagnace a rezignace. • Rizikový životní styl. Závislost. • Mnohdy potřeba terapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • „Chodíme kolem nich, vidíme je venku“. • Negativní reakce od veřejnosti. • Jinak se toto téma moc neřeší. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba motivace a podpory. X • Zájem, když jde o osobní případ, jinak neporozumění. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jistá dávka smíření se se situací (a nevidění problémů). Nikdo to s nimi dlouhodobě neřeší.

Pohledy na úroveň politické reprezentace				
Zástupce cílové skupiny	Zástupce místní komunity	Zástupce veřejné správy	Shody x neshody	Zajímavosti
<ul style="list-style-type: none"> • Nezájem, nečinnost. • Neznají nikoho z drog.problematiky (jen K-centrum). • Nedůvěra v politiky. • <u>Shoda:</u> Legalizace marihuany a ↓ tresty. 	<ul style="list-style-type: none"> • O činnostech KC je veřejnost informována. • Obecně je toto téma málo zastoupeno. Spíše jen ze strany organizací. 	<ul style="list-style-type: none"> • Žádná publikace není, nechystá se. • Téma není dostatečně zmiňováno v médiích (jen pod zmínkou bulvární situace). 	<ul style="list-style-type: none"> • „Bulvární téma“. x • Neshoda v tom, kdo by měl co prezentovat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adekvátnější informace chybí, ale naprostá většina lidí to pouze konstatuje.

Faktory překonání sociální exkluze				
Zástupce cílové skupiny	Zástupce místní komunity	Zástupce místní správy	Shody x neshody	Zajímavosti
<ul style="list-style-type: none"> • Potřebná motivace (mít proč „se“ měnit). • Upevňování a znovu-navazování sociálních vztahů. • Zajištěné doklady a finance (legál.práce). • Najít si ubytování. • Možnost si promluvit, poradit se, požádat o pomoc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivování. • Zlepšení sociálních dovedností. • Zmírňování negativních důsledků (HR). • ↑ informací (kl., veř., prac.,...) • Starost o zdraví. • Snaha žít bez drog. 	<ul style="list-style-type: none"> • Větší informovanost. • Finanční dotace. • Odbory sociál. věcí – práce s ohroženými. Poradenství, vyplácení dávek, sociální kurátor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba rozšíření informací. x • Podílí se málo složek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Konec životní etapy. • V lokální státní sféře se neobjevují prvky <p>strategií protidrogové politiky a ani nefunguje prevence kriminality.</p>

Strategie překonání sociální exkluze

Názory výzkumníka, studenta Katedry SP, na řešení problematik:

- Důležité detaily a drobnosti.
- Vhodné pobytové služby. Dostupná nekvalifikovaná práce a možnost VPP. Práce s ubytováním.
- Přeceňování abstinence (obecně).
- Pomoc pracovníků K-centra BN a TP. Rozsáhlejší komunikace v rámci sociální sítě. Splácení dluhů – motivace, odborník.
- Více angažovanosti ze strany státní sféry.
- Větší podíl sociální práce a poradenství.
- Člověk z oboru v komunitním plánování.
- Větší míra informovanosti.
- Zvýšení finanční podpory.



Ilustrační fotografie



Otázky pro plénum posluchačů:



Jaké jsou Vaše zkušenosti se spektrem služeb, i potenciálních, pro tuto cílovou skupinu?



Myslíte si, že jsou všeobecně stávající služby nedostatečné nebo naopak, že jsou nabídky služeb od subjektů až benevolentní?

Jaký je Váš názor na to, zda začít poskytovat resocializační služby již stávajícím uživatelům drog?



**Děkuji za pozornost: Andrea Košanová,
email: andrea.kosanova@email.cz**



Tento výstup vznikl za podpory Univerzity Karlovy v Praze, Filozofické fakulty z prostředků specifického výzkumu na rok 2009, číslo projektu 224122